FORTSCHRITTE
DER
REICHSVERSICHERUNGSORDNUNG
IN KRANKEN- UND INVALIDEN- MIT HINTERBLIEBENENVERSICHERUNG.

INAUGURAL-DISSERTATION

ZUR

ERLANGUNG DER DOKTORWÜRDE

DER

HOHEN PHILOSOPHISCHEN FAKULTÄT

DER

UNIVERSITÄT LEIPZIG

ACAD.
LUGD.BAT.
BIBL.

VORGELEGT

VON

ALFRED ERLER
AUS ZWICKAU IN SACHSEN.

LEIPZIG
VERLAG VON VEIT & COMP.
1914

Angenommen von der II. Sektion auf Grund der Gutachten der Herren Stieda und Schmid.

Leipzig, den 29. November 1913.

Der Procancellar: Kirchner.

Vorliegende Arbeit erscheint gleichzeitig in der Sammlung „Volkswirtschaftliche und wirtschaftsgeschichtliche Abhandlungen", herausgegeben von Prof. Wilh. Stieda. Leipzig, Veit & Comp. III. Folge Heft 10: Fortschritte der Reichsversicherungsordnung.

Druck von Metzger & Wittig in Leipzig

MEINEN LIEBEN ELTERN.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547019_0067

Vorwort.

Vorliegende Abhandlung, die aus dem Volkswirtschaftlichen Seminar der Universität Leipzig hervorgegangen ist, verfolgt den Zweck, die Fortschritte der R.V.O. gegenüber den alten Versicherungsgesetzen herauszustellen, ihre Bedeutung zu würdigen und damit auf die folgereichen wirtschaftlichen Wirkungen einzugehen.

Der Umfang des vorliegenden Materials erklärt es, daß bei der Untersuchung nur die einschneidenden fortschrittlichen Neuerungen herausgegriffen wurden, während eine große Anzahl kleiner sachlicher Veränderungen, an sich kleine Fortschritte, hier entweder nur gestreift oder gar nicht erwähnt werden konnten. Dagegen wurde besondere Sorgfalt u. a. auf Zusammenstellung neuer Bestimmungen der R.V.O. in Form von Tabellen verwandt, um eine schnelle und klare Übersicht über umfassende Neuregelungen zu ermöglichen. In einzelnen Abschnitten mußte wiederholt auf die Begründung zum Entwurf der R.V.O. und den Kommissionsbericht hierzu verwiesen werden, da es über die Aufgabe dieser Abhandlung hinausgegangen wäre, lange Untersuchungen über Einzelfragen oder gar große und verwickelte Berechnungen und Schätzungen neu vorzunehmen. Endlich konnte an verschiedenen Stellen nicht unterlassen werden, auch auf die Forderungen hinzuweisen, deren Erfüllung durch die R.V.O. äußerst wünschenswert gewesen wäre und auch weiterhin anzustreben ist.

Zum Schluß ist es mir eine angenehme Pflicht, auch an dieser Stelle meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Geh. Hofrat Prof. Dr. W. Stieda, für die Anregung und wohlwollende Förderung dieser Arbeit nochmals herzlichst zu danken.

Leipzig, im November 1913.

Der Verfasser.

Abkürzungen.

A. N.	=	Amtliche Nachrichten des Reichsversicherungsamtes.
Begr. z. Entw.	=	Begründung des Entwurfes der Reichsversicherungsordnung.
B.G.	=	Berufsgenossenschaft.
B.G.B.	=	Bürgerliches Gesetzbuch.
H.V.	=	Hinterbliebenenversicherung.
I.V.	=	Invalidenversicherung.
Kom.Ber.	=	Bericht der 16. Kommission über den Entwurf einer Reichsversicherungsordnung.
K.V.	=	Krankenversicherung.
Landw.	=	Landwirtschaftlich.
L.K.Kasse	=	Landkrankenkasse.
L.V.Amt	=	Landesversicherungsamt.
O.K.Kasse	=	Ortskrankenkasse.
O.V.A.	=	Oberversicherungsamt.
R.G.Bl.	=	Reichsgesetzblatt.
R.V.A.	=	Reichsversicherungsamt.
R.V.O.	=	Reichsversicherungsordnung.
Reichst. Drucks.	=	Drucksachen des Reichstages, meist nur unter Angabe der Legislaturperiode (Leg.Per.), Session (Sess.), Anlage (Anl.) zitiert.
U.V.	=	Unfallversicherung.
V.Amt	=	Versicherungsamt.
V.Anst.	=	Versicherungsanstalt.

Inhalt.

Hauptteil. Seite

Fortschritte der Reichsversicherungsordnung.

Erster Abschnitt: Fortschritte der R.V.O. in der Krankenversicherung 1

§ 1. Die Zentralisation der Krankenkassen 2

A. Allgemeines über die Zentralisation der Krankenkassen 2

B. Die durch die R.V.O. angebahnte Zentralisation der Krankenkassen 4

§ 2. Die Erweiterung des Kreises der versicherungspflichtigen Personen 17

§ 3. Die Notwendigkeit und Bedeutung der Sonderbestimmungen der R.V.O. für die in die Krankenversicherung neueinbezogenen besonderen Berufszweige 21

A. Sonderregelung der K.V. für die in der Land- und Forstwirtschaft Beschäftigten 22

B. Sonderregelung der K.V. für die Dienstboten 27

C. Sonderregelung der K.V. für die unständig Beschäftigten 29

D. Sonderregelung der K.V. für die im Wandergewerbe Beschäftigten 31

E. Sonderregelung der K.V. für die Hausgewerbetreibenden und deren Beschäftigten 32

§ 4. Die einheitliche Bestimmung und teilweise Erweiterung der Leistungen der Krankenversicherung 37

§ 5. Fortschrittliche Neuerungen in der inneren Organisation (Verfassung) der Krankenkassen. Besondere Regelung des Verhältnisses der Kassen zu ihren Angestellten, den Ärzten, Zahnärzten, Krankenhäusern und Apotheken 42

Zweiter Abschnitt: Fortschritte der R.V.O. in der Invalidenversicherung und die neugeschaffene Hinterbliebenenversicherung 53

§ 6. Fortschritte in der Invalidenversicherung bei den Vorschriften über die Versicherungspflicht und Versicherungsleistungen . 53

§ 7. Die neue Zusatzversicherung zum Erwerb von Invalidenrenten 59

§ 8. Die neugeschaffene Hinterbliebenenversicherung 62

§ 9. Die Aufbringung der Mittel für die Hinterbliebenenversicherung und deren mittelbare Verwertung für allgemeine soziale Zwecke 73

Anhang.

Rentenberechnung der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung 80

Literaturnachweis 84

Hauptteil.

Fortschritte der Reichsversicherungsordnung.

Erster Abschnitt.

Fortschritte der R.V.O. in der Krankenversicherung.

Einleitung.

Die bei weitem größten Änderungen und meist auch damit verbundenen Fortschritte hat die R.V.O. in der K.V. gebracht. Dies wird durchaus erklärlich, wenn man sich die Entwicklung der deutschen Sozialversicherung vergegenwärtigt. Danach sind in der K.V. seit dem Gesetz vom 10. April 1892 betr. die Abänderungen des K.V.-Gesetzes vom 15. Juni 1883 nur kleinere Reformen in Einzelfragen (die wichtigste davon ist das Gesetz vom 25. Mai 1903, wonach vor allem die frühere Höchstdauer der Krankenunterstützung von 13 auf 26 Wochen ausgedehnt wurde) vorgenommen worden, während eine eingehende, umfassende Umgestaltung der ganzen Invaliden- und Unfallversicherung nur bis zu den Jahren 1899 und 1900 zurückliegt. So kam es, daß die K.V. ihre ursprüngliche Form am meisten bewahrt hatte, wie sie ihr durch das Gesetz vom 15. Juni 1883 gegeben worden war. Dieses knüpfte an eine große Zahl vorhandener Einrichtungen an, wie sie ihr z. B. die Krankenfürsorge-Organisation einzelner Berufsklassen (Gesinde, Seemannschaft, Handlungsgehilfen, Bergleute, Handwerker u. a. m.) boten. Infolge der Berücksichtigung des historisch Gegebenen entstand damals eine etwas verwickelte Organisation der K.V., zu deren schon längst angestrebter, durchgreifender Reform begreiflicherweise die R.V.O. nunmehr eine geeignete Gelegenheit gab. Nicht alle Punkte des umfangreichen Reformprogrammes in der K.V. konnten scharf durchgeführt, ja oftmals nicht einmal einer Lösung durch die R.V.O. entgegengeführt werden, da widerstreitende Interessen vielfach den Mittelweg suchen ließen oder gar verschiedene Reformvorschläge überhaupt zu Falle brachten. Indessen sind immerhin noch mannigfache gute Fortschritte gerade auf dem Gebiete der K.V. durch die R.V.O. erzielt worden.

Ehe auf die Fortschritte der K.V. eingegangen wird, soll kurz der äußere Aufbau des neuen K.V.-Gesetzes gestreift werden. Der Gesetzgeber hat die alte Einteilung nach den verschiedenen V.-Trägern der K.V. gänzlich aufgegeben. Er hat sich vielmehr bei der Anordnung der Vorschriften des neuen K.V.-Gesetzes in möglichster Übereinstimmung mit den anderen V.-Zweigen von allgemeinen, für jede Versicherung geltenden Gesichtspunkten leiten lassen, so daß er zu einer Gliederung kam, die schon bisher entgegen dem alten Gesetze die meisten Kommentare und Abhandlungen über die K.V. anwendeten. In 11 Abschnitten behandelt das neue Gesetz Umfang, Gegenstand, Träger, Aufsicht, Auszahlungen der Leistungen und Aufbringung der Mittel, Verfassung, Kassenverbände, besondere Berufszweige, knappschaftliche Krankenkassen, Ersatzkassen und Schluß- und Strafvorschriften.

§ 1. Die Zentralisation der Krankenkassen.

A. Allgemeines über die Zentralisation der Krankenkassen.

Für die Entwicklung der K.V. dürfte zunächst von einschneidender Bedeutung die durch die R.V.O. angebahnte Zentralisation der K.-Kassen werden. Zur Durchführung der reichsgesetzlichen K.V. sah das alte Gesetz im Anschluß an die bereits vorhandenen Organisationsformen Zwangskassen mit weitgehender Dezentralisation vor, die sich in erster Linie auf beruflicher und nur ausnahmsweise auf territorialer Grundlage aufbauten. Man glaubte, daß kleine berufliche Krankenkassen am besten die Gewähr für einen guten Erfolg des völlig neuen und kühnen Unternehmens einer Reichskrankenversicherung bieten würden. Gestützt wurde diese Annahme auf die Vorteile, die jene Kassen infolge einer gleichen Krankheitsgefahr der einzelnen Berufe, der daraus folgenden gleichartigen sicheren Risikobemessungen, der leichten Durchführung der Selbstverwaltung und der notwendigen Kontrolle gegen Täuschung und Übertreibung der erkrankten Versicherten versprachen. So entstanden 7 Arten von Krankenkassen mit möglichst großer Dezentralisation. Es sind dies die Orts-, Betriebs- (Fabrik-), Bau-, Innungs- (eingeschriebene und landesrechtliche), Hilfs-, Knappschaftskassen und die Gemeindekrankenversicherung. Die Dezentralisation des K.-Kassenwesens war so stark, daß es im Jahre 1910 nicht weniger als 23000 K.-Kassen (neben 166 Knappschaftskassen) gab. Besonders nach ihrer Mitgliederzahl zeigten diese Kassen die größte Mannigfaltigkeit. Neben ganz großen Kassen mit über Zehntausenden von Mitgliedern bestanden zahlreiche Kassen mittlerer Größe. Dazu gab es eine unverhältnismäßig große Zahl von Zwergbildungen, die weniger als 100 Mitglieder zählten. Solche kleine Kassen gab es im Jahre 1908[1] über 44% aller bestehenden reichsgesetzlichen K.-Kassen. Diese außerordentliche Zersplitterung

[1] I Nr. 50. (Unter dieser Bezeichnung wird im folgenden auf den Literaturnachweis S. 84ff. verwiesen.)

des Kassenwesens, die, wie wir sehen werden, für die K.V. direkt große Übelstände und Nachteile brachte, hat Anlaß zu den heftigsten Klagen gegeben und wiederholt zur Forderung einer durchgreifenden Zentralisation geführt.

Wie wünschenswert diese ist, zeigen die mannigfachen Vorteile, die große K.-Kassen gegenüber kleinen haben müssen. In erster Linie kann man bei großen K.-Kassen im allgemeinen eine größere Leistungsfähigkeit voraussetzen, da sich bei ihnen günstige und schlechte Risiken infolge der großen Mitgliederzahl besser ausgleichen. Zwar muß zugegeben werden, daß auf dem Gebiete der K.V., wie die Praxis lehrt, sich keineswegs die Begriffe „klein und leistungsunfähig" sowie „groß und leistungsfähig" immer decken. Vielmehr kann es bei Zentralisation der Kassen sehr wohl geschehen, daß die Leistungen neuer großer Kassen hinter denen bisheriger einzelner kleiner Kassen im Durchschnitt zurückstehen, die durch auserwählte gute Risiken besonders leistungsfähig gestellt waren. Doch diese Tatsache wird man nicht als einen stichhaltigen Grund gegen die Zentralisation ansehen können, da bei einer sozialen K.V. nicht die Leistungsfähigkeit einzelner (kleiner) Kassenarten oder Mitgliederschichten, sondern vielmehr die Leistungsfähigkeit der Allgemeinheit in Frage kommt. Infolge der allgemeinen größeren Leistungsfähigkeit großer Kassen wird zugleich einer weitschauenden Verwaltung eine gründlichere, die Wiederholung von Krankheitsfällen vorbeugende Fürsorge, dazu die rechtzeitige Ausnutzung, wenn auch vielleicht noch etwas kostspieliger Heilmethoden, mit den neuesten Mitteln der medizinischen Wissenschaft ermöglicht. Dies ist um so wichtiger, als gerade eine ausgedehnte Krankheitsvorbeugung neben Heilbehandlung durch die K.V. in letzter Zeit immer mehr und mehr gefordert worden ist, nachdem einige bereits bestehende große K.-Kassen damit die besten Erfahrungen gemacht haben. Wie aber sollten ohne starke Belastung ihrer Mitglieder kleine Kassen eigene Krankenanstalten, Genesungsheime und Walderholungsstätten errichten können, wie dies große Kassen getan haben? Auch leuchtet es ein, daß wirtschaftliche Krisen oder Jahre mit besonders ungünstigen Gesundheitsverhältnissen, Epidemien oder dergl. durch große Kassen leichter überstanden werden können als durch kleine, die schon an sich durch ihre geringe Mitgliederzahl in ihrem Bestande nicht genügend gesichert sind. Gilt doch auch hier der im Versicherungswesen allgemein als richtig anerkannte Grundsatz, daß die Lasten um so leichter und sicherer getragen werden, je breiter die Schultern sind. Die Zentralisation der K.-Kassen beseitigt des weiteren Mißstände, wie: häufiger Wechsel und damit verbundene Streitigkeiten über Kassenzugehörigkeit. Allzu oft kam es vor, daß in einer gar nicht zu großen Ortschaft, wo mehrere kleinere Ortskrankenkassen bestanden, die Mitglieder dieser Kassen lediglich beim Wechsel der Beschäftigung oder nur des Arbeitgebers zugleich auch die Kassen wechseln mußten. Bedenkt man dabei, daß die Leistungen und Beiträge bei diesen einzelnen Kassen mitunter sehr verschiedenartig waren, dann begreift man, wie lästig die Zer-

splitterung des Kassenwesens war, worunter in dem angeführten Falle die Versicherten ganz besonders zu leiden hatten. Eine weitgehende Zentralisation bringt also dem Versicherten mit der Beseitigung des an sich unliebsamen häufigen Wechsels der K.-Kassen zugleich die Gewißheit, daß er trotz Arbeitswechsels innerhalb örtlich nicht allzu beschränkter Grenzen dieselben Ansprüche und Verpflichtungen gegenüber der K.V. hat. Daß der Kassenwechsel dazu eine Menge Streitigkeiten wegen Kassenzugehörigkeit u. a. m. zur Folge hatte, war nicht selten. Besonders unerträglich war dies, wenn die Versicherungspflicht an sich feststand und das Fürsorgebedürfnis dringend war, trotzdem aber die Kassenleistung verweigert wurde, bis die Kassenzugehörigkeit in einem langwierigen Verwaltungsstreitverfahren entschieden war.

Oftmals wird gegen zu große K.-Kassen ihre Unübersichtlichkeit die Unmöglichkeit eingehender Krankenkontrolle und die Schwierigkeit der Verwaltung angeführt. Diesen Einwänden kann leicht begegnet werden. So könnte z. B. durch Verwaltungsstellen oder ähnliche Einrichtungen gut eine eingehende Beurteilung und Prüfung der Verhältnisse der Erkrankten, sowie die Erledigung aller sonstigen Verwaltungsgeschäfte, wie An- und Abmeldung, Ein- und Auszahlung, Krankenkontrolle usw. gesichert werden. Auch muß bestritten werden, daß, wie oftmals behauptet wird, kleine Kassen geringere Verwaltungskosten haben als größere. Denn es ist als sicher anzunehmen, sagt Amtsgerichtsrat Hahn[1], daß die Verwaltung einer Kasse von 10000 Mitgliedern mit ihrem wohlgeschulten Personal in der Regel wohl besser und billiger arbeiten werde, als 20 Kassen von je 500 Mitgliedern. Übrigens sprechen gegen derartige Einwände am besten eine Anzahl bestbewährter schon bestehender ganz großer K.-Kassen, wie z. B. die Leipziger Ortskrankenkasse mit einer Mitgliederzahl von über 195000.

B. Die durch die R.V.O. angebahnte Zentralisation der Krankenkassen.

Eine ihrer Hauptaufgaben erblickte die R.V.O. „in der Schaffung größerer und leistungsfähiger Träger der K.V.“, wie die Begründung zu ihrem Entwurf sagt. Doch sucht sie dabei nach Möglichkeit die einzelnen K.-Kassenarten beizubehalten und nur innerhalb derselben durch Beseitigung wenig leistungsfähiger K.-Kassen eine Zentralisation anzubahnen. Sie verfolgte hierbei folgenden Grundsatz: „An die Stelle einer übertriebenen Dezentralisation darf nicht aus theoretisierenden Erwägungen ein schablonenhaftes Zusammenwerfen von Organisationen, eine Zentralisation lediglich um der Zentralisation willen und ohne Rücksicht auf besondere Bedürfnisse treten. Dies gilt für die bestehenden Kassenarten nicht minder wie für die

[1] I Nr. 2 a. a. O.

einzelnen Kassen."[1] Dadurch, daß die R.V.O. diesen an sich richtigen Grundsatz, die Zentralisation nicht zu übertreiben, allzu ausgiebig befolgte, besonders aber, daß sie dabei eine Menge widerstreitender Interessen zu befriedigen hatte, ist eine teilweise, jedoch keineswegs etwa eine durchgreifende Zentralisation erreicht worden. So entspricht z. B. die Höhe der Mindestmitgliederzahl, die für weitere Zulassung und Neuerrichtung von K.-Kassen nach der R.V.O. nötig ist, durchaus nicht den Erwartungen, die man an sie gestellt hatte. Trotzdem wird schon durch die Anbahnung der Zentralisation eine einschneidende Wirkung auf den Fortbestand und besonders auf die Neuerrichtung der einzelnen Kassenarten ausgeübt.

Sehr verschiedenartig sind die Bestimmungen der R.V.O., die nötig wurden, künftig die Zuständigkeit, die weitere Zulassung, die Neuerrichtung und die Verwaltung der K.-Kassen genau zu regeln. Um eine gute Übersicht dieser gänzlich neuen Vorschriften der R.V.O. zu ermöglichen, soll nachfolgende Zusammenstellung dienen. Aus ihr kann man den Bezirk, den Mitgliederkreis, die allgemeine Voraussetzung und die notwendige Mindestmitgliederzahl der einzelnen K.-Kassen ersehen, die für ihre weitere Zulassung oder Neuerrichtung vorgeschrieben werden. Nach dem neuen Gesetz sind als K.-Kassen der R.V.O. anzusehen die Orts-, Land-, Betriebs- und Innungskrankenkassen, während die Knappschaftskassen landesrechtliche Einrichtungen bleiben und die alten Hilfskassen, soweit sie überhaupt noch zugelassen werden, als Ersatzkassen mit besonderen Bestimmungen gelten. Die Gemeindekrankenversicherungen des alten Rechtes sind beseitigt worden. Dies ist eines der wichtigsten Ergebnisse der durch die R.V.O. in der K.V. gebrachten Reform, da die Gemeindekrankenversicherung eine recht minderwertige Art der reichsgesetzlichen K.V. war. Sie war als eine vorübergehende Einrichtung, als eine Übergangsform in neue Verhältnisse bei Erlaß des K.V.-Gesetzes gedacht, um alle die Versicherungspflichtigen zu erfassen, die sich nach den örtlichen Verhältnissen aus verschiedenen Gründen nicht in eine der organisierten beruflichen oder örtlichen K.-Kassen unterbringen ließen. Da sie nur eine Einrichtung der Gemeinde und nicht eine selbständige Körperschaft bildete, so hatten an ihrer Verwaltung weder Arbeitgeber noch Versicherte Anteil. Gerade wegen dieses Ausschlusses von der Selbstverwaltung des Versicherungsunternehmens durch die direkt Beteiligten, wie dies bei den anderen K.-Kassen üblich ist, dazu wegen der bescheidenen Leistungen, die erheblich hinter den Mindestleistungen ihrer Schwesterorganisation zurückblieben, waren die Gemeindekrankenversicherungen die geringwertigsten Kassenformen.

---

[1] I Nr. 50 S. 108. Unter diesem Gesichtspunkt und unter dem Widerstande der Anhänger des bisherigen K. Kassensystems konnte auch die von vielen Theoretikern häufig vorgeschlagene Einheitskrankenkasse nicht durchgeführt werden, da sie den Bedürfnissen einzelner in Betracht kommender Bevölkerungskreise wie die Betriebs- und Innungskrankenkasse nicht genügend hätten Rechnung tragen können. (Über Einheitskrankenkasse: Hilse, Reformbl. d. Arbeitervers. 1905 S. 35.)

Die neuen Vorschriften der R.V.O. über die Zulassung

	Allgemeine Orts-K.Kasse:	Land-K.Kasse:	Besondere Orts-K.Kasse
Bezirk und Abgrenzung:	Errichtet für örtliche Bezirke innerhalb eines V.Amtsbezirkes auf Beschluß des Gemeindeverbandes, soweit notwendig und oberste Verwaltungsbehörde zustimmt		Für einzelne oder mehrere, in dem Statut bestimmte Gewerbszweige innerhalb eines V.Amtsbezirkes
Mitglieder:	Versicherungspflichtige, die in keiner anderen der genannten K.Kassenarten versichert sind	Landw. Beschäftigte, Dienstboten, im Wandergewerbe Beschäftigte und Hausgewerbetreibende	Gruppen von Vers.-pflichtigen, für die die Kasse der Satzung nach bisher schon zuständig war
Allgemeine Voraussetzung für die weitere Zulassung:	—	—	1. Wenn ihre Leistungsfähigkeit mindestens der maßgebenden K.Kasse (Allgem. Orts-K.Kasse) gleichwertig sind, bez. binnen 6 Monaten gemacht werden und sicher sind 2. für die Dauer, 3. wenn bei ihrer Zulassung der Allgem. Orts- und Land-K.Kasse mindestens 250 Pflichtmitglieder verbleiben
Vorauszusetzende Mindestmitgliederzahl für weitere Zulassung:	—	—	250 (nach dem Durchschnitt der letzten 3 Jahre)
Allgemeine Voraussetzung für die Neuerrichtung:	Zustimmung des O.V.Amtes	Wenn keine Ausschließung durch Landesgesetzgebung erfolgt: Zustimmung des O.-V.Amtes	Keine Neuerrichtung
Vorauszusetzende Mindestmitgliederzahl für die Neuerrichtung:	Besteht schon eine Landes-K.Kasse im Bezirk: 250 Pflichtmitglieder	Besteht schon eine Allg. Orts-K.Kasse im Bezirk: 250 Pflichtmitglieder	Keine Neuerrichtung

und Neugründung reichsgesetzlicher Krankenkassen.

Betriebs- (und Bau-) K.Kasse:	Innungs-K.Kasse:	Ersatzkassen:	Knappschaftliche K.Kasse
Für 1 oder mehrere Betriebe ein und desselben Unternehmers oder einer öffentlichen Verwaltung. Für Betriebe mehrerer Arbeitgeber, wenn schon vor der R.V.O. bestanden	Für die einer Innung angehörenden Betriebe	Bisherige eingeschr. Hilfskassen, die vor dem 1. April 1909 die Bescheinigung als reichsgesetzl. K.Kassen erlangt haben	Keine K.Kasse im Sinne der R.V.O.
Die in den Betrieben Beschäftigten	Die in den Innungsbetrieben Beschäftigten außer den Land-K.Kassenpflichtigen	Beschränkt auf den Mitgliederkreis ihrer bisherigen Satzung und Bezirkes. Das Verhältnis der Mitglieder zu den K.Kassen der R.V.O. ist besonders geregelt	Mitglieder, für die die Kasse zuständig, werden durch Landesgesetzgebung bestimmt
Vgl. Allgemeine Voraussetzung für die Zulassung der besonderen Orts-K.Kassen (1—2)		Auf Antrag durch Entscheidung der obersten Verwaltungsbehörde. Einführung der Regelleistung als Mindestleistung: Keine Abstufung mehr nach Alter und Gesundheit der Beitretenden. Jedoch noch Abstufung der Beiträge möglich. Kein Eintrittsgeld mehr	Mindestens Regelleistung der Orts-K.Kasse. Eintrittsgeld kann beansprucht werden, wenn 26 Wochen zwischen Austritt u. Wiedereintritt liegen
100 bez. 50 bei landw. und Binnenschiffahrtsbetrieben. Ausnahme: Bauk.K.	Keine Vorschrift	Dauernd 1000 bez. 250 mit Genehmigung der obersten Verwaltungsbehörde	Keine Vorschrift
1. Vgl.: Allgemeine Voraussetzung für die Zulassung der besonderen Orts-K.Kassen (1—3) 2. Dazu müssen der Allgem. Orts- und Landk.Kasse mindestens 1000 Pflichtmitglieder verbleiben. Ausnahme: Bauk.Kasse.		Keine Neuerrichtung	Wie für ihre Zulassung
150 bez. 50 für landw. und Binnenschiffahrtsbetriebe. Bei Saisonbetrieben Mindestzahl: 2 Monate nötig. Bei Baubetrieben keine Voraussetzung	Keine Vorschrift	Keine Neuerrichtung	Keine Vorschrift

Nicht nur gewährten sie keine Sterbegelder und Wöchnerinnenunterstützungen, wozu die anderen organisierten reichsgesetzlichen Krankenkassen verpflichtet waren, sondern auch in ihren übrigen Leistungen boten sie im Durchschnitt kaum mehr als die Hälfte der Gesamtdurchschnittsleistungen aller übrigen Krankenkassen. Während im Jahre 1910 auf einen Versicherten eine Gesamtdurchschnittsleistung aller K.-Kassen von 24,49 Mark für gezahlte Krankheitskosten kamen, betrug die aufgewandte Summe für Krankheitskosten bei der Gemeindekrankenversicherung nur 13,6 Mark. Dabei ist bei dem Vergleich auch noch der Gesamtdurchschnitt von 24,49 Mark durch die niedrigsten Leistungen der Gemeindekrankenversicherung herabgedrückt. Trotz der geringen Leistungen und des Ausschlusses der Versicherten von der Verwaltung hatte wider alles Erwarten diese nicht vollwertige Art der K.V., die besonders in süddeutschen Staaten verbreitet ist, bis zur Gegenwart einen nicht unbeträchtlichen Umfang behalten. Während im Jahre 1885 7024 Gemeindekrankenversicherungen gleich 37% aller Kasseneinrichtungen mit 586584 Versicherten gleich 12,6% aller Versicherten bestanden, gab es 1910 8217 gleich 35,4% aller K.-Kassen mit 1671827 Versicherten gleich 12,8 aller Versicherten. Alle diese Gemeindekrankenversicherungen werden nun nach der R.V.O. aufgehoben, da das neue Gesetz durchweg die obligatorische Errichtung organisierter K.-Kassen vorschreibt. Damit wird ein doppelter Vorteil erreicht. Einmal wird durch die Aufhebung eine ziemlich umfangreiche Zentralisation ermöglicht werden, und andererseits bringt sie für die $1\frac{1}{2}$ Mill. Versicherten der alten Gemeindekrankenversicherungen eine wesentliche Verbesserung dadurch, daß diese in Kassen untergebracht werden, die ihnen im allgemeinen weitgehendste Verwaltungsrechte und Ansprüche auf erhebliche größere Leistungen einräumen werden.

Bildeten bisher in der K.V. die beruflich gegliederten Ortskrankenkassen die Grundlage der Organisation, so werden im Gegensatze hier zukünftig nach der R.V.O. die territorialen „allgemeinen Ortskrankenkassen und Landkrankenkassen“ die Hauptträger der Versicherung werden. Damit wird anerkannt, daß es nach den (bei schon zur zeit bestehenden großen allgemeinen Ortskrankenkassen) gemachten Erfahrungen es für eine größere Leistungsfähigkeit besser ist, die Ortskrankenkassen nach örtlichen Bezirken abzugrenzen, als nach gewissen Berufen und Betrieben, wie dies bisher die Regel bildete. Die allgemeinen Orts- und Landkrankenkassen werden für örtliche Bezirke, meist für den Bezirk eines V.-Amtes, auf Beschluß des Gemeindeverbandes und mit Zustimmung des O.V.-Amtes errichtet. Die Errichtung der einen der beiden Kassenarten kann unterbleiben, wenn die andere nicht mindestens 250 Mitglieder haben würde. Auch kann die Organisation der Landkrankenkassen durch Landesgesetz vollkommen ausgeschlossen werden. Unterbleibt z. B. die Errichtung einer Landkrankenkasse, so werden die Versicherungspflichtigen, die ihr eigentlich angehören sollten, Mitglieder der allgemeinen Ortskrankenkasse.

Neben den allgemeinen Ortskrankenkassen können durch das

O.V.A. auch die „besonderen“ Ortskrankenkassen für einzelne Berufszweige weiter zugelassen werden, wenn sie gewisse Bedingungen erfüllen. Die Voraussetzung für ihre Zulassung sind folgende:

1. Sie dürfen die allgemeinen Ortskrankenkassen und Landkrankenkassen in ihrem Bestande und ihrer Leistungsfähigkeit nicht gefährden, insbesondere müssen diesen mindestens 250 Pflichtmitglieder verbleiben.

2. Die satzungsmäßigen Leistungen müssen mindestens denen der maßgebenden allgemeinen Ortskrankenkassen gleichwertig sein bzw. binnen 6 Monaten gemacht werden.

3. Ihre Leistungsfähigkeit muß für die Dauer sicher sein.

4. Ihre Mitgliederzahl muß mindestens nach dem Durchschnitt der letzten 3 Jahre 250 betragen.

Die für die Zulassung der besonderen Ortskrankenkassen vorgeschriebene Mindestmitgliedzahl von 250 ist entschieden zu niedrig gegriffen, da damit der Zentralisationsgedanke ganz wesentlich verlassen wird. Wenn der Gesetzgeber geglaubt hat, den Mißständen der Zersplitterung des Kassenwesens dadurch abzuhelfen, daß er neben der Forderung der zu niedrig bestimmten Mindestmitgliederzahl eine bestimmte Anforderung an die Leistungen der Kassen stellt, so hat er damit wohl einige Verbesserungen[1], jedoch keineswegs eine vollkommene Abhilfe erreicht. Gewiß werden Kassen über 250 Mitglieder, deren es in einer mittleren Ortschaft nach dem Gesetze leicht mehrere geben kann, ganz gut die satzungsmäßigen Leistungen der allgemeinen Ortskrankenkassen bieten können, die vielleicht selbst nicht viel mehr als 250 Mitglieder hat. Aber darüber hinaus, etwa eine weitblickende, die Krankheit vorbeugende Fürsorge läßt sich von ihnen nicht erwarten, wie dies leicht möglich wäre, wenn die sämtlichen Ortskrankenkassen dieser Ortschaft in eine einzige zusammengefaßt worden wären.

Ist schon durch die Voraussetzung der geringen Mindestmitgliederzahl der besonderen Ortskrankenkassen die Zentralisation der K.-Kassen nicht gerade allzusehr gefördert worden, so wird sie es noch weniger durch die neue Errichtung von Landkrankenkassen, die als besondere Form neben die allgemeine Ortskrankenkasse eines jeden Bezirkes tritt. Die Landkrankenkasse ist für einzelne Berufszweige bestimmt, insbesondere für Landarbeiter, Dienstboten, im Wandergewerbe Beschäftigte und Hausgewerbetreibende und deren hausgewerblich Beschäftigte. Diese „besonderen Berufszweige“, die, wie wir sehen werden, fast durchweg durch die R.V.O. der Versicherungspflicht neu unterworfen worden sind, heben sich von den gewerblichen Arbeitern in ihren Lebensgewohnheiten und ihren örtlichen

[1] Durch die Gleichwertigkeit der Leistungen der besonderen beruflichen Krankenkassen (also auch der Betriebs- und Innungskrankenkassen) mit denen der maßgebenden Orts- und Landkrankenkassen wird besonders der Nachteil beseitigt werden, daß bei Kassenwechsel innerhalb derselben Ortschaft der Versicherte geschädigt wird.

und erwerblichen Verhältnissen wesentlich ab. Auch versicherungstechnisch bieten jene Gruppen große Schwierigkeiten, z. B. wegen der verschiedenartigen und schwierigen Bestimmung der Beiträge und Leistungen. Um diesen eigenartigen Verhältnissen besser Rechnung tragen zu können, hat der Gesetzgeber geglaubt, für diese besonderen Berufsgruppen eigene Landkrankenkassen errichten zu müssen. Diese sollen zur Durchführung der Versicherung für die genannten Berufe durch eine mehr behördliche Organisation geeignet gemacht werden, indem der Vorstand und der K.-Vorsitzende von dem Gemeindeverband erwählt werden sollen. Obwohl durch das Gesetz dabei bestimmt wird, daß die gewählten Ehrenbeamten der Organe der Landkrankenkassen zu $^1/_3$ den beteiligten Arbeitgebern und zu $^2/_3$ den Versicherten angehören müssen, so ist doch damit keineswegs eine uneingeschränkte Selbstverwaltung wie bei den anderen Kassenarten ermöglicht worden. Die Selbstbestimmungsrechte der Arbeitgeber und Versicherten werden durch die Wahl der Vertreter der Landkrankenkassen durch den Gemeindevorstand illusorisch gemacht. Dies ist der Hauptgrund, warum die Landkrankenkassen nicht gerade als eine fortschrittliche Neubildung der R.V.O. von vielen Kritikern angesehen werden. Außerdem kann man einer etwaigen Rechtfertigung der Errichtung der Landkrankenkassen, die sich auf die besonderen Verhältnisse und versicherungstechnischen Schwierigkeiten beruft, noch einen weiteren nicht unwesentlichen Einwand entgegenhalten. Es ist das große Risiko, dem die Landkrankenkassen durch die ihnen zugewiesenen meist ziemlich leistungsunfähigen besonderen Berufszweige ausgesetzt sind, unter denen sich dazu sogar einige mit hoher Krankheitsgefahr (z. B. Hausgewerbetreibende) befinden. Dieses Risiko wäre sicherlich besser umfangreicheren großen allgemeinen Ortskrankenkassen übertragen worden.

Wie ehedem bleiben die Betriebskrankenkassen bestehen, worunter künftig auch die Baukrankenkassen zu verstehen sind. Nur werden ihnen für ihre weitere Zulassung oder Neugründung verschärfte Bedingungen betreffend Mindestmitgliederzahl, Leistungsfähigkeit usw. auferlegt, um dadurch die Zentralisation der allgemeinen Ortskrankenkassen weiter zu fördern. Für die Beibehaltung der Betriebskrankenkassen, deren es im Jahre 1910 einschließlich der Baukrankenkassen 7926 gleich 34,4% aller K.-Kassen mit 3290375 gleich 23,6% Versicherten gab, sprachen verschiedene Gründe. Zunächst sind es die Vorzüge, die bereits bei Erlaß der alten K.V.-Gesetze zu ihrer Einführung führten. So wurde in dem Kommissionsbericht vom Jahre 1883[1] u. a. betont, daß diese Kassen um der Arbeiter willen mit besonderer Unterstützung der Arbeitgeber bedeutende Kapitalien würden ansammeln und teilweise zu humanitären Einrichtungen verwenden können. Auch schien es zweckmäßig, Arbeiter ein und desselben Betriebes in einer besonderen Kasse zu vereinigen, die für deren Verhältnisse besonders zugeschnitten war und zugleich erheblich geringere

[1] I Nr. 28 a. a. O. S. 76.

Verwaltungskosten verursachte. Im allgemeinen haben sich diese Erwartungen vollkommen erfüllt. Haben doch die Betriebs- und Baukrankenkassen trotz allgemeiner durchschnittlich größerer Erkrankungshäufigkeit und Krankheitsdauer gegenüber allen anderen Krankenkassenarten im Durchschnitt bedeutend höhere Leistungen aufzuweisen. Noch günstiger sind sie hinsichtlich ihrer geringen Verwaltungskosten gestellt, was wesentlich zu ihrer höheren Leistungsfähigkeit beitragen muß. Die Zahlen nachfolgender Tabelle beweisen dies sehr deutlich. Leicht könnte geglaubt werden, daß die höhere Leistungsfähigkeit eine Folge der höheren Beiträge (vgl. Nr. 3 der Tabelle) wäre, die bei den Betriebskrankenkassen von den Mitgliedern

Die Durchschnittsleistungen der Krankenkassen im Jahre 1910.[1]

Auf 1 Mitglied kamen im Jahresdurchschnitt:

bei	Krankheitskosten: Mark 1	Verwaltungskosten: Mark 2	Beiträge: Mark 3	Erkrankungsfälle 4	Krankheitstage 5
Ortskrankenkasse . . .	24,41	2,37	28,63	0,41	8,55
Betriebskrankenkasse . .	31,10	0,25	32,19	0,46	8,57
Baukrankenkasse . . .	30,42	0,39	33,97	0,60	9,17
Innungskrankenkasse . .	23,04	2,74	28,35	0,37	7,58
Eingeschr. Hilfskassen .	21,96	2,73	25,79	0,35	7,10
Landesrechtl. Hilfskassen	18,01	1,71	19,14	0,30	5,68
Gemeindekrankenversich..	13,6	—	13,54	0,26	5,33
Krankenkassen überhaupt	24,49	1,56	27,36	0,40	8,01
Knappschaftskassen im Jahre 1909	39,72	1,61	22,66	0,6 m. 0,3 w.	10,0 m. 6,1 w.

zu zahlen sind. Diese Ansicht wird sofort widerlegt, wenn man die Leistungen in ein prozentuales Verhältnis zu den Beiträgen bringt. Danach entfielen auf 100 Mark Durchschnittsbeitrag eines Mitgliedes an verausgabten Krankenkosten: bei den

Ortskrankenkassen	85,3 Mark
Baukrankenkassen	89,6 „
Betriebskrankenkassen	96,6 „
Innungskrankenkassen	81,3 „
eingeschriebenen Hilfskassen	85,1 „
landesrechtlichen Hilfskassen	93,6 „
Gemeindekrankenversicherungen . . .	100,7 „
Krankenkassen zusammen	89,6 „

[1] Die Zahlen sind dem Statistischen Jahrbuch des deutschen Reiches, 1912, Seite 358, entnommen. Bei fast allen Knappschaftskassen sind Pensions- und Krankenversicherung organisch vereint. Daher sind die angegebenen Zahlen nur Schätzungszahlen.

Den Vorteilen der Betriebs- und Baukrankenkassen werden verschiedentlich Nachteile gegenübergestellt, wie z. B. die Abhängigkeit der Versicherten von dem Betriebsunternehmer, der die Kassen errichtet und ihre Satzungen nach Befragen seiner Arbeiter aufstellt, die leichte Beendigung der Mitgliedschaft durch einseitige Kündigung des Arbeitgebers, sowie etwaige starke Beeinflussung durch den Unternehmer bei der Verwaltung und Kassenführung, trotzdem, daß die Arbeiter des Betriebes $^2/_3$ der Vertreter in den Kassenausschuß und Vorstand wählen können. Es kann nicht meine Aufgabe sein, hier abzuwägen, wie weit die Nachteile und die Behauptungen von einer illusorischen Selbstverwaltung der Betriebskrankenkassen zutreffen. Ich kann mich vielmehr hier mit der Feststellung begnügen, daß die Betriebskrankenkassen sich im allgemeinen sehr gut bewährt haben, und nur selten Klagen gegen sie laut geworden sind. Welcher Beliebtheit sie sich erfreuten, dafür gibt die Einmütigkeit ein beredtes Zeugnis, mit der die Arbeitgeber und -nehmer bestehender Betriebskrankenkassen gegen jede Beseitigung dieser Kassenart eintraten. Es entsprach mithin einem dringenden Bedürfnis, daß die R.V.O. die gutbewährten Betriebskrankenkassen beibehielt, und nur ihre weniger leistungsfähigen Zwergkassen zu beseitigen suchte. Erreicht soll dieses Ziel werden durch die Voraussetzung der Forderung, daß die Leistungsfähigkeit der weiter zugelassenen Betriebskrankenkassen der der maßgebenden Orts- und Landkrankenkassen gleichwertig und sicher ist. Die Mindestmitgliederzahl für die weitere Zulassung schon bestehender Betriebskrankenkassen ist auf 100, für landwirtschaftliche und Binnenschiffahrtsbetriebe auf 50 festgesetzt. Für die Neuerrichtung einer K.-Kasse für einen oder mehrere Betriebe eines Unternehmers wird dagegen durch die R.V.O. der Nachweis einer Mindestmitgliedzahl von 150, für Land- und Binnenschiffahrtsbetriebe von 50 Personen gefordert. Neben der Voraussetzung der Leistungsfähigkeit muß weiter die Bedingung erfüllt sein, daß nach ihrer Neuerrichtung den allgemeinen Orts- und Landkrankenkassen mindestens 1000 Pflichtmitglieder verbleiben und diese auch sonst nicht gefährdet werden. Dies bedeutet eine wesentliche Beschränkung gegen früher, wo die Errichtung einer Betriebskrankenkasse im allgemeinen an den Nachweis von 50 Mitgliedern geknüpft war. Wegen der Vorteile, die man mit einer weitgehenden Zentralisation für die Allgemeinheit erreicht, wäre es jedoch zu wünschen gewesen, daß die für die Errichtung und weitere Zulassung erforderliche Mindestmitgliederzahl auch bei den Betriebskrankenkassen größer angenommen worden wäre. Was im übrigen die Organisation der Betriebskrankenkassen anbetrifft, so hat die R.V.O. die Bestimmung fallen lassen, wonach ein Unternehmer zu ihrer Errichtung durch die höhere Verwaltungsbehörde verpflichtet werden konnte. Eine Ausnahme der Vorschriften über die Betriebskrankenkassen machen die ihnen durch die R.V. zugezählten Baukrankenkassen. Der Eigenart der Verhältnisse jener Kassen wird durch Sondervorschriften entsprochen, daß z. B. die Unternehmer von Baubetrieben, wie früher

direkt zu ihrer Errichtung auf Anordnung des O.V.-Amtes verpflichtet werden können. Dazu werden für ihre weitere Zulassung und Neuerrichtung außer der allgemeinen Voraussetzung der Leistungsfähigkeit keine weiteren einschränkenden Bestimmungen z. B. wegen Mindestmitgliederzahl vorgesehen.

Als K.-Kassen im Sinne der R.V.O. gelten auch die Innungskrankenkassen für die einer Innung angehörenden Betriebe. Ihre weitere Zulassung und Neuerrichtung ist nur an die Erfüllung der Leistungsfähigkeit gebunden, während eine Mindestmitgliederzahl nicht gefordert wird. Eine Neugründung kann allerdings versagt werden, wenn die zuständigen örtlichen Kassen dadurch gefährdet würden, insbesondere, wenn diesen weniger als 1000 Mitglieder verbleiben würden. Die R.V.O. hat den Innungskrankenkassen keine großen Beschränkungen auferlegt, um durch ihr weiteres Bestehen gleichzeitig das Innungsleben zu heben und zu festigen. Daß sie zur Zeit im allgemeinen in den Kreisen des Handwerks sehr in Gunst stehen, zeigt am besten ihre außerordentlich starke Entwicklung. Betrug im Jahre 1885 die Zahl der Innungskrankenkassen nur 224, denen 24879 Mitglieder angehörten, so war sie im Jahre 1910 bereits auf 802 Kassen mit 296521 Mitgliedern gestiegen, ein Zeichen, daß ein lebhaftes Bedürfnis nach solchen Kassen vorhanden ist. Möglicherweise wird ihre Zahl infolge der Erweiterung der Versicherungspflicht durch die R.V.O. noch weiter, wenn auch nicht erheblich, vermehrt, zumal einzelne Berufe (z. B. Detailhandelsbetriebe) von ihnen eine gute Berücksichtigung ihrer besonderen Verhältnisse erwarten können.[1]

Eine wirklich durchgreifende Zentralisation innerhalb der Kassenarten ist durch die R.V.O. bei den freien Hilfskassen durchgeführt worden, die künftig den Namen „Ersatzkassen" tragen sollen. Die freien Hilfskassen ohne Beitrittszwang waren entweder als eingeschriebene reichsrechtliche Hilfskassen auf Grund der Gesetze vom 7. April 1876[2] und vom 1. Juni 1884[3] oder als landesrechtliche Hilfskassen für einen beliebigen Mitgliederkreis errichtet worden. Die Mitgliedschaft bei ihnen befreite das nach dem K.V.-Gesetze versicherungspflichtige Mitglied von dem Versicherungszwange bei einer Orts-, Betriebs-, Bau- und Innungskrankenkasse oder Gemeindekrankenversicherung. Zugleich waren die Arbeitgeber von dem Beitragsanteil zu den Prämien entbunden, die die Versicherten bei den Hilfskassen zu zahlen hatten. War schon dadurch das Mitglied einer Hilfskrankenkasse gegenüber seinen bei den Pflichtkassen versicherten Arbeitskollegen im gewissen Grade im Nachteil, so wurde dieser mit-

---

[1] Z. B. wurde auf dem Verbandstage des Zentralverbandes für Handel und Gewerbe (26. August 1912) in Hannover stark für die Gründung von Kaufmannsinnungen eingetreten, um Kaufmannskrankenkassen als Innungskrankenkassen errichten zu können, da einmal künftig die Hilfskassen zum großen Teil wegfallen und andererseits die Gesamtheit der kaufmännischen Angestellten in weit höherem Maße als bisher von der Versicherungspflicht erfaßt werden.

[2] R.G.Bl. S. 125.

[3] R.G.Bl. S. 54.

unter noch dadurch gesteigert, daß ihm für seine Beiträge oftmals geringere Kassenleistungen zustanden, als ihm im gleichen Falle die Zwangskassen gewährt hätten. Recht unerträglich wurde diese Benachteiligung dann, wenn von dem Arbeitgeber direkt ein Druck auf die Arbeitnehmer zum Beitritt zu einer Hilfskasse ausgeübt wurde.[1]

Zu dieser unliebsamen Begleiterscheinung des Hilfskassenwesens gesellte sich weiter eine direkte Schädigung der reichsgesetzlichen Zwangskassen, indem sich die Hilfskassen auf deren Kosten die guten Risiken auf Grund von besonderen Aufnahmebedingungen aussuchten, die sie an Alter, Geschlecht und Gesundheitszustand stellten. Welch' gute Risiken die Hilfskassen gegenüber den Pflichtkassen hatten, geht schon daraus hervor, daß bei den Hilfskassen auf 100 Mitglieder durchschnittlich die wenigsten Erkrankungsfälle und Krankheitstage kamen (abgesehen von der Gemeindekrankenversicherung, die die R.V.O. nunmehr gänzlich beseitigt hat). Die Statistik (S. 11) weist nach, daß z. B. im Jahre 1910 auf 100 Mitglieder bei eingeschriebenen Hilfskassen durchschnittlich 35 Krankheitsfälle und bei landesrechtlichen Hilfskassen durchschnittlich nur 30 Krankheitsfälle mit 710 bezüglich 568 Krankheitstagen kamen. Diesen Zahlen steht der Gesamtdurchschnitt sämtlicher Krankenkassen (die Hilfskassen eingeschlossen) mit 40 Krankheitsfällen und 801 Krankheitstagen auf je 100 Mitglieder gegenüber. Auch wegen ihrer Leistungsfähigkeit sind die Hilfskassen anzufechten. Gab es doch unter ihnen eine ganze Anzahl, die ihren Mitgliedern wenig mehr als die nach dem alten Gesetze vorgeschriebenen Mindestleistungen der minderwertigen Gemeinde K.V. gewährten.

Die angeführten großen Mißstände und Nachteile der Hilfskassen rechtfertigen es, daß die R.V.O. gründlich Wandel schuf, indem sie die Hilfskassen durch einschneidende Bestimmungen stark beschränkte und ihren Fortbestand sehr gefährdete. Zunächst wird jede Neuerrichtung von Ersatzkassen zwecks künftiger einheitlicherer Durchführung der R.V. ausgeschlossen. Unter dem Namen „Ersatzkassen" werden sodann nur diejenigen eingeschriebenen Hilfskassen auf ihren Antrag zur R.V. zugelassen, denen vor dem 1. April 1909 eine Bescheinigung nach § 75a des alten K.V.-Gesetzes erteilt worden ist.[2] Ihr Bezirk und Kreis darf sich weiter nur soweit auf Versicherungspflichtige erstrecken, als die Kassensatzung zu dem angegebenen Termine bestimmte. Durch Mitgliedschaft bei einer solchen Ersatzkasse wird wie ehedem der Versicherte auf Antrag von seiner Versicherungspflicht bei einer K.K. der R.V.O. befreit. Um dabei jedoch zu verhindern, daß die Arbeitgeber weiterhin auf ihre Arbeiter einen Druck zum Beitritt zu einer Ersatzkasse ausüben, sollen jene künftig

[1] Um sich nämlich der Beitragsanteile und der Meldepflicht zu den Zwangskassen zu entziehen, beschäftigten häufig Arbeitgeber ihre Arbeiter nur unter der Bedingung, daß sie Mitglieder einer Hilfskasse waren.

[2] Durch diese Bestimmung werden künftig sämtliche landesrechtliche Hilfskassen von der R.V. ausgeschlossen. Im Jahre 1910 gab es nur noch 136 solcher Kassen.

für ihre bei einer Ersatzkasse versicherten Beschäftigten einen Beitrag an die zuständigen Orts- oder Landkrankenkassen[1] zahlen, den sie bei der Versicherung ihrer Arbeiter bei einer reichsgesetzlichen K.-Kasse gleichfalls zu entrichten gehabt hätten. Durch diese Bestimmungen werden sicherlich die Ersatzkassen eine große Zahl bisheriger Mitglieder verlieren. Denn man muß im allgemeinen annehmen, daß die Versicherten den Beitragsanteil der Arbeitgeber ausnutzen und lieber ihrer Versicherungspflicht bei einer K.K. der R.V.O. genügen werden, die ihnen in der Regel wohl noch bessere Leistungen als die Ersatzkassen gewähren wird. Als Mindestleistung der Ersatzkassen sieht übrigens das neue Gesetz künftig die Regelleistung (S. 37ff.) vor. Eine weitere, die Existenzfähigkeit der Ersatzkassen hemmende Bestimmung ist darin zu sehen, daß solchen Personen, für die die Kasse errichtet ist, nicht mehr wegen ihres Lebensalters, Geschlechtes oder Gesundheitszustandes der Beitritt versagt werden darf. Am meisten wird indessen der Fortbestand vieler bisherigen Hilfskassen durch die Voraussetzung einer Mindestmitgliederzahl von 1000 bezüglich mit Genehmigung der obersten Verwaltungsbehörde von 250 Personen in Frage gestellt.

Überschauen wir kurz nochmals die Neuregelung des Krankenkassenwesens durch die R.V.O., so ist die Anbahnung einer Zentralisation unverkennbar. Sie zeigt sich in der gänzlichen Beseitigung sämtlicher Gemeindekrankenversicherungen und landesrechtlichen Hilfskassen und in dem starken Rückgang der weiter zugelassenen Orts-, Betriebs-, Innungs- und Ersatzkassen. Werden doch viele von diesen letzteren kaum die vorgeschriebenen gleichwertigen Leistungen der für sie maßgebenden allgemeinen Orts- und Landkrankenkassen gewähren und die Mindestmitgliederzahl nachweisen können. Und selbst wenn sie diese Bedingungen erfüllen, fragt es sich, ob sie nicht etwa die K.-Kassen auf örtlicher Grundlage in ihrem Bestande und ihrer Existenzfähigkeit gefährden, so daß sie aus diesem Grunde geschlossen werden müssen. Wieviel solcher Kassen davon betroffen werden, läßt sich natürlich im voraus nicht zahlenmäßig für das Reich erfassen, da dies in jedem einzelnen Falle auf Grund der örtlichen Verhältnisse und Besonderheiten festgestellt werden müßte. Nur die Wirkung der Voraussetzung einer Mindestmitgliederzahl läßt sich annähernd auf Grund einer Statistik über alle zu Ende des Jahres 1908 bestehenden K.-Kassen nach ihrer Mitgliederzahl übersehen, die die Reichsleitung besonders zu diesem Zwecke hat ausarbeiten lassen.[2] Die Zahlen können zurzeit noch gut zu der folgenden Schätzung herangezogen werden, da es im Jahre 1910 nur insgesamt 136 K.-Kassen weniger als im Jahre 1908 gab. Nach dieser Statistik waren unter 4768 Ortskrankenkassen 2654 mit weniger als 500 Mitgliedern. Da die Gesamtmitglieder-

[1] Der Beitragsanteil der Arbeitgeber soll nicht an die Ersatzkassen selbst bezahlt werden, da man deren Existenz nicht noch durch Reichsgesetz unterstützen wollte, zumal sie nicht als reichsgesetzliche Krankenkassen im Sinne der R.V.O. angesehen werden.

[2] I, Nr. 50, a. a. O. Begründung S. 116.

zahl der 2654 Kassen 627040 betrug, so würde im Durchschnitt eine jede dieser Kassen 250 Mitglieder gehabt haben. Man wird somit kaum falsch rechnen, wenn man annimmt, daß tatsächlich über die Hälfte dieser Kassen weniger als 250 Mitglieder hatten. Es würden daher mindestens über 1300 Ortskrankenkassen eingehen müssen, da sie nicht der Bedingung der Mindestmitgliederzahl genügen. Ferner werden von den verbleibenden Ortskrankenkassen außerdem noch eine größere Anzahl eingezogen werden, weil ihre Mitgliederzahl auf über 250 dadurch herabgedrückt werden wird, daß ein erheblicher Teil ihrer Mitglieder entweder den neuen Landkrankenkassen wird anzugehören haben, oder von der Ausnahmevorschrift, bei den beruflichen Ortskrankenkassen bleiben zu können, keinen Gebrauch machen. Dazu werden viele von den Ortskrankenkassen mit über 250 Mitgliedern in ihren Leistungen den der allgemeinen Ortskrankenkassen nicht gleichwertig sein können, so daß auch dadurch viele nicht weiter werden bestehen können. Man wird kaum fehlgehen, wenn man annimmt, daß die Zahl der Kassen, die aus den zuletzt angeführten Gründen eingehen werden, ungefähr der Zahl der neuzugründenden allgemeinen Ortskrankenkassen wird gleichkommen. An Betriebskrankenkassen bestanden im Jahre 1908 im Deutschen Reiche 7931 mit 3050703 Mitgliedern. Von diesen werden nach der Statistik 2843 mit nur 159308 Mitgliedern nicht zugelassen werden können, weil jede einzelne Kasse nicht mindestens 100 Mitglieder nachweisen kann. Unter den 784 Innungskrankenkassen gab es im gleichen Jahre 300 mit zusammen 17219 Mitgliedern. Obwohl jede von diesen Kassen weniger als 100 Mitglieder besaß, so werden sie nach der R.V.O. dennoch weiter zugelassen werden. Indessen werden wohl von ihnen einige eingezogen werden müssen, weil sie der Anforderung der Gleichwertigkeit nicht werden entsprechen können. Ihre Beseitigung wird auf der anderen Seite durch die oben erwähnten Neugründungen von Innungskrankenkassen so ziemlich ausgeglichen werden. Von den Hilfskassen werden einmal die sämtlichen 145 landesrechtlichen Hilfskassen mit 35434 Mitgliedern zu beseitigen sein. Dazu kommen 1191 eingeschriebene Hilfskassen mit 265711 Mitgliedern, allein weil eine jede von ihnen nicht die Mindestmitgliederzahl 1000 erreicht. Ob die übrigen 119 eingeschriebenen Ersatzkassen mit je mehr als 1000 Mitgliedern mit zusammen 633544 Mitgliedern, den an sie gestellten Bedingungen genügen werden, muß dahingestellt bleiben. Endlich fallen die 8237 Gemeindekrankenversicherungen mit 1496606 Versicherten weg. Stellen wir die Zahl der zu beseitigenden K.-Kassen zusammen, so ergibt sich folgendes: Es gehen ein wegen zu geringer Mitgliederzahl:

gegen 1300	berufliche Ortskrankenkassen	mit etwa		300000 (?)	Mitgl.
2843	Betriebskrankenkassen	„	„	159308	„
145	landesrechtl Hilfskassen	„	„	35434	„
1191	eingeschrieb. Hilfskassen	„	„	265711	„
8237	Gemeindekrankenversicherungen	„	„	1496606	„

Zu ihnen wird sich eine ganze Anzahl gesellen, die die übrigen Anforderungen der R.V.O. nicht werden erfüllen können. Insgesamt werden also gegen 13—14000 Krankenkassen wegen zu geringer Mitgliederzahl eingehen müssen. Dagegen werden neu hinzukommen die neuzugründenden Landkrankenkassen.[1] Zieht man aus all' dem die Bilanz, so ergibt sich, daß durch die Bestimmungen der R.V.O. in der K.V. die Zahl der V.-Träger, deren es zurzeit über 23000 gibt, voraussichtlich fast auf die Hälfte sinken wird, eine Gesamtwirkung, die eine ganz erhebliche Zentralisation bedeutet.

§ 2. Die Erweiterung des Kreises der versicherungspflichtigen Personen.

Ist durch die Beseitigung kleiner leistungsfähiger K.-Kassen bis zu einem gewissen Grade eine erwünschte Zentralisation im Krankenkassenwesen durch die R.V.O. angebahnt worden, so wird diese relativ noch verstärkt durch die erhebliche Erweiterung des Kreises der versicherungspflichtigen Personen. Wird doch künftig die Zahl der Versicherungspflichtigen in der K.V. nicht mehr 14 Millionen, sondern etwa 21 Millionen betragen.

Diese außerordentliche Zunahme der Mitgliederzahl der K.V. findet ihre Erklärung in einer grundsätzlichen Änderung der die Versicherungspflicht begründenden Voraussetzung. Nach dem alten K.V.-Gesetze unterlagen im allgemeinen der Versicherungspflicht alle Personen, die in einem bestimmten „Betriebe" gegen Lohn oder Entgelt beschäftigt waren und in einem festen Arbeitsverhältnis standen. Man machte die Zugehörigkeit zu bestimmten gewerblichen und industriellen Betrieben deswegen zur Voraussetzung für die Versicherungspflicht, weil ein unmittelbarer Zwang bei der Anmelde- und Beitragspflicht nur gegen die Arbeitgeber möglich und dadurch die Versicherung besser durchführbar erschien. Um überhaupt eine gedeihliche Durchführung der gänzlich neuen K.V. zu sichern, suchte man im übrigen durch Beschränkung der Versicherungspflicht alle größeren versicherungstechnischen Schwierigkeiten auszuschließen, die sich in zeitlichen oder örtlichen Verhältnissen geboten hätten. Dies war schließlich mit ein Hauptgrund, weswegen man insbesondere alle land- und forstwirtschaftlichen Arbeiter, das Gesinde, die Hausgewerbetreibenden und die sogen. unständig Beschäftigten bisher nicht in die reichsgesetzliche K.V. einbezogen hatte. Es wird zugegeben werden müssen, daß eine gewisse Vorsicht bei Einführung der K.V. infolge der völligen Unkenntnis ihrer Einzelheiten geboten war. Daß aber allein wegen besonderer Schwierigkeiten große Gruppen von beschäftigten Personen von den großen Vorteilen eines staatlichen Fürsorgeunternehmens ausgeschlossen wurden, konnte für die Dauer nicht aufrecht erhalten werden. Wiederholt war daher eine durchgreifende Abänderung dieser unangebrachten Ausnahmebehandlung

[1] Die neuzugründenden allgemeinen Ortskrankenkassen wurden schon oben bei der Berechnung mit berücksichtigt.

der Sondergruppen angestrebt worden. Eine reichsgesetzliche Regelung dieses schwierigen Stoffes wurde nunmehr durch die R.V.O. gebracht, nachdem zuvor zum Teil schon landesrechtliche Gesetzgebungen einen gewissen Ausgleich zu schaffen gesucht hatten. Die R.V.O. macht die Versicherungspflicht nicht mehr abhängig von der Zugehörigkeit zu einem bestimmten Betriebe, sondern nach ihr erstreckt sich künftig die Zwangsversicherung im allgemeinen auf „alle Personen, die ihre Arbeitskraft in untergeordneter, abhängiger Stellung verwerten". Um diesen allgemein gezogenen Kreis in gewisse Grenzen zu bringen, wird die Versicherungspflicht von einer bestimmten Art der berufsmäßigen Beschäftigung abhängig gemacht. Dabei legte der Gesetzgeber den Personenkreis der I.V. mit den notwendig erachteten Ergänzungen zugrunde, wodurch nunmehr auf dem Gebiete der K.V. und der I.V. eine ziemliche Gleichmäßigkeit[1] bezüglich der Versicherungspflichtigen erzielt worden ist.

Eine möglichst große Einheitlichkeit des Kreises der Versicherungspflichtigen in jenen beiden Versicherungszweigen schien um so gebotener, weil beide in gewisser Ergänzung zueinander stehen: Bekanntlich erhält nach der I.V. der vorübergehend erwerbsunfähige Versicherte in der Regel erst nach einer Wartezeit von 26 Wochen eine Invalidenrente. Ist er gleichzeitig Mitglied einer K.-Kasse, so hat diese ihm während dieser 26 Wochen Krankenunterstützung zu gewähren. Kommt es nun vor, daß der Betreffende nur in einer der beiden Versicherungen versicherungspflichtig ist, so wird natürlich der Wegfall der einen oder anderen Unterstützung und damit der Mangel an Vorsorge besonders stark empfunden. Zu dem kommt, daß im Falle einer umfangreichen und sorgfältigen Krankenfürsorge die Gefahr vorzeitigen Eintritts der Invalidität wächst, und dadurch gegebenenfalls die I.V. mehr belastet wird. Die ziemliche, wenn auch nicht völlige, durch die R.V.O. erzielte Gleichheit des Kreises der versicherungspflichtigen Personen in beiden Versicherungen wird künftig also fast allen Versicherten bei Erwerbsunfähigkeit das Recht einer ununterbrochenen Unterstützung bringen.

Was nun die Versicherungspflicht speziell in der K.V. anbetrifft, so werden ihr künftig nach § 165 der R.V.O. folgende Personen ohne Unterschied des Lebensalters, des Geschlechts und der Staatsangehörigkeit unterliegen:

1. Arbeiter, Gehilfen, Gesellen, Lehrlinge, Dienstboten.

2. Betriebsbeamte, Werkmeister und andere Angestellte in ähnlich gehobener Stellung, sämtlich, wenn diese Beschäftigung ihren Hauptberuf bildet.

3. Handlungsgehilfen und -lehrlinge, Gehilfen und Lehrlinge in Apotheken.

4. Bühnen- und Orchestermitglieder, ohne Rücksicht auf den Kunstwert der Leistungen.

---

[1] Vgl. unten S. 53.

5. Lehrer und Erzieher.
6. Hausgewerbetreibende.
7. Die Schiffsbesatzung deutscher Seefahrzeuge, sowie die Besatzung von Fahrzeugen der Binnenschiffahrt.

Vorausgesetzt wird dabei, daß all diese Personen mit Ausnahme der Lehrlinge aller Art und der Hausgewerbetreibenden gegen Entgelt beschäftigt werden. Bei den unter Nr. 2—5 Bezeichneten und den Schiffern darf außerdem der regelmäßige Jahresarbeitsverdienst den Betrag von 2500 Mark nicht übersteigen. Gegen früher ist diese Jahreseinkommensgrenze um 500 Mark erhöht worden, wodurch schon eine stattliche Anzahl Personen allein aus dem bereits vor der R.V.O. versicherungspflichtigen Betrieben neu der K.V. zugeführt werden. Die Erhöhung der Jahreseinkommensgrenze bedeutet keineswegs ein Verlassen des Grundgedankens der alten K.V.-Gesetze, wonach die wirtschaftlich Schwächeren im Krankheitsfalle sichergestellt werden sollen. Als wirtschaftlich Schwache hat bereits das erste K.V.-Gesetz vom Jahre 1883 Personen mit einem Einkommen von 2000 Mark angesehen. Inzwischen ist der Geldwert bezüglich seiner Kaufkraft um mindestens 25% gesunken, was am besten die Erhöhung der Löhne der Beamtenbesoldung beweist. Man wird infolge der Wertminderung des Geldes daher die Änderungen des Jahreseinkommens in der K.V. um 500 Mark nur billigen können.[1]

Von besonderem Interesse wird die Beantwortung der Frage sein, welche Personenkreise durch die R.V.O. neu der Versicherungspflicht unterstellt worden sind, und wie groß der Umfang der K.V. tatsächlich werden wird. Es würde den Rahmen dieser Arbeit überschreiten, wollte ich hier die außerordentlich große Anzahl von Berufsarten der neu in die Krankenversicherung einbezogenen Personen einzeln anführen.[2]

---

[1] Verschiedentlich wird die Forderung einer weiteren Erhöhung der in der K.V. gezogenen Gehaltsgrenze aufgestellt. Ihr ist jedoch aus mannigfachen Gründen nicht das Wort zu reden. Einmal können sich bei der reichsgesetzlichen K.V. alle Versicherten freiwillig weiterversichern, falls infolge des Überschreitens der Gehaltsgrenze ihre Versicherungspflicht erlischt, und ihr Jahreseinkommen 4000 Mark nicht übersteigt. Für diese würde also die Erhöhung abgesehen von dem Beitragsanteil der Arbeitgeber keinen wesentlichen Gewinn bringen. Die verhältnismäßig wenigen Personen in gehobener abhängiger Stellung aber, die gleich ein höheres Jahreseinkommen als 2500 Mark haben, ohne vorher versicherungspflichtig gewesen zu sein, finden gegebenenfalls bei einer großen Anzahl privater K.-Kassen reichlich Gelegenheit, sich vor etwaigen künftigem Vermögensbedarf in Krankheitsfällen zu schützen. Von ihnen darf man wohl erwarten, daß sie in der Lage sind, sich selbst gegen die wirtschaftlichen Folgen von Krankheiten zu sichern, ohne daß auf sie ein Zwang zur Versicherung ausgeübt wird. Ein Hauptgrund aber, der gegen die Erweiterung der Gehaltsgrenze über 2500 Mark spricht, ist, daß dadurch immer mehr Personen der freien Konkurrenz der Ärzte entzogen werden, wogegen diese sich mit Recht sträuben. Gegen eine Erhöhung lassen sich weitere Bedenken wie Verminderung des Sparsinns und des Verantwortlichkeitsgefühls, zu große Belastung des Unternehmertums u. a. m. anführen.

[2] Interessenten werden dies aus einer vom R.V.-Amte herausgegebenen „Anleitung“ in den A.N. ersehen können. Auch mag noch auf die Anlage E zur Begründung der R.V.O. (I, Nr. 50, a. a. O.) verwiesen werden, wo die bisher gegen Invalidität, nicht aber gegen Krankheit versicherten Berufe einzeln zusammengestellt worden sind, die künftig auch in die K.V. einbezogen werden.

Hier sollen vielmehr nur neu versicherte große Berufsklassen herausgestellt werden. Hierher gehören zunächst die zahlreichen Personen, die nicht in gewerbsmäßig sich vollziehenden Betrieben beschäftigt sind, wie Schreiber, Kanzlisten, Expedienten, Kassenboten, Schul- und Kirchenbedienstete u. a. m. Unter diese große Gruppe fallen auch die Privatlehrer, Erzieher und Erzieherinnen, Hausdamen usw., die Bühnen- und Orchestermitglieder ohne Rücksicht auf den Kunstwert ihrer Leistungen und endlich Gehilfen und Lehrlinge von Apotheken. Von ganz besonderer Wichtigkeit ist es, daß künftig die folgenden großen Gruppen versicherungspflichtig werden:

1. Die in Forst- und Landwirtschaft Tätigen,
2. das Gesinde und die Dienstboten,
3. die unständig Beschäftigten,
4. die im Wandergewerbe Beschäftigten und
5. die Hausgewerbetreibenden.

Die mächtige Erweiterung des Kreises der gegen Krankheit versicherungspflichtigen Personen zahlenmäßig zu schätzen, ist für die Bestimmung der neuen Belastung von Wichtigkeit, jedoch kann dies kaum mit einiger Sicherheit geschehen. Dennoch ist in einem Anhang zur Begr. des Entw. d. R.V.O. S. 642ff. eine Ermittlung der Zahl der neuzuversichernden Personen in eingehender Weise versucht worden, indem das Ergebnis der Berufsstatistik vom 12. Juni 1907 zugrunde gelegt wurde. Danach wäre die Zahl der neuzuversichernden Personen zu schätzen[1]:

1. In der Land- und Forstwirtschaft auf	2986000
2. der Dienstboten	1105000
3. der unständig Beschäftigten	356000
4. der im Wandergewerbe Beschäftigten	40000
5. der Hausgewerbetreibenden	295000
6. der übrigen in der Versicherung einbezogenen Personen (der sogen. freien Berufsarten) . . .	259000
insgesamt:	5044000

Bei dieser Schätzung müssen jedoch einige Korrekturen vorgenommen werden, wenn man sie zurzeit gelten lassen will. Zunächst ist die Zahl der in der Land- und Forstwirtschaft beschäftigten Versicherungspflichtigen sicherlich zu niedrig gegriffen, wie schon bei der angeführten Berechnung selbst zugegeben wird. Man hat nämlich angenommen, daß alle ledigen Familienangehörigen, die in der Land- und Forstwirtschaft des Haushaltungsvorstandes tätig sind, im allgemeinen ihre Arbeitskraft nicht gegen Entgelt zur Verfügung stellten

[1] Bei der Schätzung ist bereits berücksichtigt worden, daß Personen, die nach der R.V.O. versicherungspflichtig geworden sind, zurzeit schon auf Grund statutarischer oder landesrechtlicher Bestimmungen versichert waren.

und somit nicht versicherungspflichtig würden. Diese Annahme wird aber sicherlich nur bis zu einem gewissen Grade richtig sein. Zutreffender ist es, die Berechnung unter der Voraussetzung durchzuführen, daß alle tätigen Familienangehörigen mit Ausnahme der noch nicht 14 Jahre alten Kinder versicherungspflichtig werden. Danach würden, wie die herangezogene Berechnung auch angibt, 1816700 Personen mehr der K.V. zugeführt werden. Dazu kommt, daß der Berechnung die Berufsstatistik vom Jahre 1907 zugrunde gelegt werden mußte. Inzwischen wird entsprechend der Bevölkerungszunahme eine größere Zahl von Personen versicherungspflichtig geworden sein. Die Zunahme wird man am leichtesten schätzen können, wenn man das Verhältnis der Gesamtbevölkerung und der Neuzuversichernden des Jahres 1907 auf die Gesamtbevölkerung des Jahres 1911 überträgt. Im Jahre 1907 wären von 62980000 Personen der Gesamtbevölkerung 5044000 + 1816700 = 6860700 Personen, oder, was dasselbe ist, von 1000 Personen der Gesamtbevölkerung 109 Personen neu versicherungspflichtig geworden.[1] Dieses Verhältnis auf die Gesamtbevölkerung des Jahres 1911 übertragen, ergibt, daß durch die R.V.O. im Jahre 1911 über 7,5 Millionen Personen neu versicherungspflichtig geworden wären. Diese Zahl ist sogar sicherlich noch etwas höher anzunehmen, da ja auch die Erhöhung der Jahreseinkommensgrenze, die bei der angeführten Berechnung nicht berücksichtigt wurde, eine Vermehrung der Versicherungspflichtigen der K.V. bringen wird. Man wird demnach nicht zu hoch greifen, wenn man die Gesamtzahl der durch die R.V.O. der K.V. neu unterstellten Personen auf 7 bis 8 Millionen gleich 11—12% der Gesamtbevölkerung schätzen wird. Mit den zurzeit 14 Millionen Versicherungspflichtigen gleich 22% der Gesamtbevölkerung wird somit die Zahl aller gegen Krankheit durch die R.V.O. versicherten Personen etwa 21—22 Millionen gleich 33—34% der Gesamtbevölkerung betragen.

§ 3. Die Notwendigkeit und Bedeutung der Sonderbestimmungen der R.V.O. für die in die K.V. neueinbezogenen besonderen Berufszweige.

Mannigfache und fast unüberwindliche Schwierigkeiten stellten sich der R.V.O. bei der Ausdehnung der Zwangskrankenversicherung auf verschiedene Hauptgruppen von wirtschaftlich recht schwachen Personenkreisen entgegen, als welche hier die in der Land- und Forstwirtschaft, als Dienstboten, unständig oder im Wandergewerbebetriebe Beschäftigten und die Hausgwerbetreibenden in Betracht kommen. Man beseitigte die Schwierigkeiten am besten nur dadurch, daß man für jeden dieser besonderen Berufszweige unter eingehender Berücksichtigung ihrer jeweiligen verschiedenen wirtschaftlichen und örtlichen Verhältnisse Sonderbestimmungen erließ. Die Grundzüge jener besonderen Vorschriften wurden in der nachstehenden Zusammen-

[1] Die Zahlen wurden den statistischen Jahrbüchern für das Deutsche Reich entnommen.

stellung „Sondervorschriften der R.V.O. für die in die K.V. neu einbezogenen besonderen Berufszweige" zu erfassen gesucht, was die systematische Übersicht erleichtern wird. Unter Hinweis auf diese Übersicht soll hier nur noch auf die hauptsächlichsten Gesichtspunkte selbst eingegangen werden, die für die Sonderregelung maßgebend waren und für die Durchführung der K.V. für die einzelnen besonderen Berufszweige von Bedeutung sind.

A. Sonderregelung der K.V. für die in der Land- und Forstwirtschaft Beschäftigten.

Nach der S. 20 angeführten Berechnung erfährt der Kreis der versicherungspflichtigen Personen die weitaus größte Ausdehnung durch den künftig umfassenden reichsgesetzlichen Versicherungszwang für die in der Land- und Forstwirtschaft Beschäftigten oder, wie in Übereinstimmung mit der R.V.O. auch nachfolgend immer kurz gesagt werden soll, für die landwirtschaftlich Beschäftigten. Wie sehr das Bedürfnis danach vorlag, beweisen die dringenden Forderungen mehr oder weniger interessierter Kreise und wiederholte Resolutionen des Reichstages. Nun war zwar durch das alte K.V.-Gesetz, besonders durch das Gesetz vom 5. Mai 1886 betreffend die U.- u. K.V. der in land- und forstwirtschaftlichen Betrieben beschäftigten Personen, der statutarische bezüglich landesrechtliche Versicherungszwang für die landwirtschaftliche Bevölkerung zugelassen. Davon hatten Sachsen, Baden, Hessen, Braunschweig, Anhalt, die sächsischen Herzogtümer, beide Schwarzburg, Reuß jüngere Linie, Bremen sowie zahlreiche einzelne Gemeinden und Gemeindeverbände bisher Gebrauch gemacht. Von letzteren hatten allein in Preußen im Jahre 1903 60 Stadt- und 133 Landkreise die K.V. in der Landwirtschaft durchgeführt. In Bayern und Württemberg war gleichfalls für das ganze Land die landesgesetzliche Krankenfürsorge für die land- und forstwirtschaftlichen Arbeiter, jedoch mit beschränkten Leistungen vorgeschrieben.[1] Diese teilweise mangelhafte Versicherungspflicht in manchen Gegenden Deutschlands konnte natürlich keineswegs einen ausreichenden Ersatz einer umfassenden reichsgesetzlichen K.V. für die landwirtschaftlich Beschäftigten sein. Sie mußte im Gegenteil oftmals „das Gefühl der Ungleichheit bei den ländlichen Arbeitern verstärken, die in Gegenden gearbeitet hatten, wo die Versicherung bereits durchgeführt war, und die darauf infolge bloßen Wechsels des Aufenthaltes aus der Versicherung wieder herausfielen."[2] Es war daher nur ein Gebot ausgleichender Gerechtigkeit, daß die eingehende Reform der deutschen Sozialversicherung auch hier durch die reichsgesetzliche Ausdehnung der Versicherungspflicht auf die gesamte Landwirtschaft einem dringenden Bedürfnis entsprach.

[1] Dies erklärt auch die bei weitem größte Zahl von Gemeindekrankenversicherungen in Süddeutschland.

[2] I. Nr. 50, S. 88.

Mit ihren besonderen Vorschriften über die reichsgesetzliche K.V. der landwirtschaftlichen Bevölkerung hat die R.V.O. gut den Schwierigkeiten zu begegnen gewußt, die sich bisher der Durchführung dieser K.V. wegen der eigenartigen wirtschaftlichen und örtlichen Verhältnisse entgegenstellten. Um die landwirtschaftliche K.V. ebenso wie die meisten anderen besonderen Berufszweige in einer den besonderen Verhältnissen entsprechenden Weise, insbesondere um die auf dem Lande erschwerte Überwachung gut durchführen zu können, hat man, wie wir oben sahen, die Landkrankenkassen neu geschaffen. Bei ihr hat der Arbeitgeber die landwirtschaftlichen Versicherungspflichtigen binnen 3 Tagen nach Beginn oder Ende der Beschäftigung an- oder abzumelden, vorausgesetzt, daß in seinem landwirtschaftlichen Haupt- oder Nebenbetriebe nicht eine landwirtschaftliche Betriebskrankenkasse besteht, oder daß nicht schon auf seinen Antrag alle in seiner Landwirtschaft Beschäftigten von der Versicherungspflicht befreit sind. Die Befreiung von der Versicherungspflicht tritt für die Dauer des Arbeitsvertrages dann ein, wenn die Arbeitnehmer einen gesicherten Rechtsanspruch auf eine Unterstützung im Krankheitsfalle an den Arbeitgeber haben, die den Leistungen der zuständigen K.-Kassen gleichwertig ist, und wenn der Arbeitgeber diese Unterstützung aus eigenen Mitteln deckt.[1] Ebenso wie die Möglichkeit für den Arbeitgeber gewahrt ist, durch die Befreiung von der Versicherungspflicht die Fürsorge für seine landwirtschaftlich Beschäftigten selbst übernehmen zu können, um dadurch bestehende enge, persönliche Beziehungen aufrecht zu erhalten, so suchen auch die Vorschriften über die Beiträge und Kassenleistungen auf die einzelnen Verhältnisse in weitgehendem Maße Rücksicht zu nehmen. So können unter bestimmten Voraussetzungen die Versicherungsbeiträge herabgesetzt und damit die sonst von der Kasse bei Krankheiten zu gewährenden Barleistungen außer dem Sterbegelde dem Versicherten vorenthalten werden, wenn die in manchen Gegenden Deutschlands in der Landwirtschaft noch üblichen Naturalleistungen des Arbeitgebers dem Beschäftigten auch in Fällen der Erkrankung zustehen. Eine für die Landwirtschaft unentbehrliche Bestimmung ist sodann diejenige, wonach während der meist ohnehin arbeitslosen Zeit vom 1. Oktober bis zum 31. März durch die Satzung der Landkrankenkassen das Krankengeld bis auf $^1/_4$ des Ortslohnes herabgesetzt werden kann. Es wird dadurch vermieden werden, daß der Versicherte ungerechtfertigter Weise durch seine Erkrankung während einer Zeit, wo er infolge unterbrochener oder verminderter Beschäftigung keinen oder nur geringen Arbeitsverdienst erzielt, in eine günstigere wirtschaftliche Lage kommt. Dies würde einerseits keineswegs der Absicht der K.V. entsprechen, und andererseits einen größeren Anreiz zur Simulation geben. Bezüglich des Krankengeldes hat man zudem noch für landwirtschaftliche Rentenempfänger eine

[1] Bei den Vorschriften über die Befreiung von der Versicherungspflicht schließt sich die R.V.O. ebenso wie bei der Bestimmung wegen Ermäßigung der Beiträge und Kassenleistungen an das Gesetz vom 5. Mai 1886 an.

Sondervorschriften der R.V.O. für die in die Kranken-

	Versicherungspflichtig sind	Gegenstand der Versicherung	Beschränkung der Leistungen
Landwirtschaft (einschließlich Forstwirtschaft)	a) Alle in land- und forstwirtsch. Betrieben u. Nebenbetrieben Beschäftigten: § 417, b) Befreiung bei gleichwertigem Rechtsanspruche an den Arbeitgeber, § 418.	a) Regelleistung, b) Unter best. Voraussetzungen (§ 427) und mit Zustimmung des O.V.Amtes statt Krankengeld u. -pflege erweiterte Krankenpflege, Kur und Verpflegung i. Heilanstalt.	Mit Zustimmung des O.V.A.: a) Kürzung der Barleistungen außer Sterbegeld, wenn gleichwertige Leistungen im Arbeitsvertrag vorgesehen, b) Wegfall der Barleistung außer Sterbegeld bei Empfängern einer Reichsrente von bestimmter Höhe, c) Herabsetzung des Krankengeldes bis auf $^1/_4$ des Grundlohnes im Winter nur bei Landwirtschaft.
Dienstboten	a) Regelmäßig i. Haushalt aufgenomm. Personen, die geg. Entgelt häusliche od. landwirtschaftl. Dienste leisten, b) Befreiung bei landesrechtl., gleichw. Fürsorge und wie bei Landwirtschaft.	a) Regelleistung, b) Erweiterte Krankenpflege auf Antrag des Dienstboten oder Dienstherrn, selbst wenn eine solche nicht durch die K.Kassensatzung eingeführt ist.	
Unständig Beschäftigte	a) Personen, die weniger als eine Woche (6 Tage) beschäftigt sind, b) Befreiung auf Bundesratsbeschluß bei best. vorübergehenden Dienstleistungen: § 168.	a) Leistung nach dem Ortslohn durch die Kassensatzung besonders festgesetzt und gebucht, b) Erhöhung der Sätze des Ortslohnes durch Zuschläge bei einzelnen Gruppen.	a) Nach Satzung: Anspruch auf Kassenleistung ev. erst nach einer Wartezeit von 6 Wochen erworben, b) Ev. nur Krankenpflege, wenn während der letzten 26 Wochen 8 Wochen keine Beiträge gezahlt sind oder Beitragsfreiheit besteht.
Im Wandergewerbe Beschäftigte	Alle Angestellten des Wandergewerbes nach § 55 der Gewerbeordnung.	a) Regelleistung, b) Durch Satzung und auf Antrag Mehrleistung möglich, wenn der Versicherte im Bezirke der Kasse sich aufhält.	—
Hausgewerbetreibende und deren Beschäftigte	a) Hausgewerbetreibende im Sinne des § 162 R.V.O. und deren hausgewerbl. Beschäftigte, b) Befreiung des Hausgewerbetreibenden auf seinen Antrag durch den Bundesrat bei mindestens 2500 ℳ jährl. Einkommen des Antragstellers.	a) Regelleistung, jedoch werden die Barleistungen außer dem Krankengeld nach der Höhe des Betrages der den Hausgewerbetreibenden gutgeschriebenen Auftraggeberzuschüsse bestimmt, § 482 b) vgl. wie bei Landwirtschaft: Erweiterte Krankenpflege.	a) Kürzung des Krankengeldes bei Rückstand der Beiträge des Hausgewerbetreibenden, b) Wartezeit ev. wie bei unständig Beschäftigten, c) Nur Krankenpflege, falls der Kommunalverband Beiträge übernommen hat.

versicherung neu einbezogenen „besonderen Berufszweige".

Mitgliedschaft bei der	Meldepflicht hat	Versicherungsbeiträge werden aufgebracht und bezahlt von
Landkranken- oder Landwirtschaftl. Betriebs-K.Kasse.	Arbeitgeber binnen 3 Tagen nach Beginn und Ende der Beschäftigung des Versicherungspflichtigen.	$^1/_3$ Beiträge Arbeitgeber, $^2/_3$ Beiträge Versicherte eingezahlt und berechnet nach den allgemeinen Vorschriften der Kassensatzungen. Kürzung und Wegfall der Barleistung hat Ermäßigung der Beiträge zur Folge.
Meist Land- ev. auch Orts-, Betriebs- oder Innungs-K.Kasse.	Wie bei der Landwirtschaft.	Wie bei der Landwirtschaft.
Allgem. Orts- oder Land-K.Kasse ihres Wohnortes. Mitgliedschaft erlangt durch Eintragen in ein Verzeichnis nach Meldung oder von Amts wegen. Mitgliedsch. besteht auch bei gelegentlicher Arbeitslosigkeit.	Versicherungspflichtige selbst. Meldepflicht auch für Behörden, Vers.-träger usw. Vorladerecht der K. zwecks Feststellung der Versicherungspflicht.	1. Beiträge durch Satzung der Kasse nach dem Ortslohn besonders festgesetzt und gebucht. 2. $^2/_3$ Beiträge zahlen Versicherungspflichtige selbst bei der Kasse ein, sofern sie nicht ganz befreit sind durch Kassensatzung. 3. Beitragsanteil für die Arbeitgeber durch den Gemeindeverband bezahlt, der ihn auf alle oder nur auf die beteiligten Einwohner umlegen kann.
Land-K.Kasse, bei dessen Polizeibehörde der Wandergewerbeschein beantragt worden ist.	Arbeitgeber, der bei Lösung des Wandergewerbescheines seine Beschäftigten der Zahl nach anzugeben hat.	1. Beiträge sind im voraus durch Arbeitgeber bei Anmeldung bis Ablauf des Wandergewerbescheines zu zahlen (event. Zurückerstattung). 2. $^2/_3$ der Beiträge kann der Arbeitgeber den Beschäftigten vom Lohne abziehen.
Land-K.Kasse desjenigen Bezirkes, wo der Hausgewerbetreibende seine eigene Betriebsstätte hat Über Mitgliedschaft vergl.: Unständig Beschäftigte.	Vgl. Unständig Beschäftigte. An- und Abmeldepflicht besteht für Hausgewerbetreib., die wenigstens zwei hausgewerblich Versicherungspflicht. beschäftigen. Auftraggeber hat außerdem monatlich eine Liste der beschäftigt. Hausgewerbetreib. einzureichen.	1. Beiträge durch die Kassensatzung so festgesetzt, daß sie die Hälfte der Leistungen decken. a) bezahlt durch Hausgewerbetreibenden, b) übernommen event. vom Gemeindeverband. 2. Zuschüsse sind vom Auftraggeber zu zahlen. Sie sind nach dem vom Auftraggeber an die Hausgewerbetreibenden gezahlten Entgelt bemessen und einheitlich für das ganze Reich so berechnet, daß sie die Hälfte der Versicherungskosten decken.

Sonderbestimmung getroffen. Diesen soll nach Ermäßigung der Beiträge das Krankengeld ganz versagt werden können, wenn ihnen auf Grund der R.V. eine dauernde jährliche Rente mindestens im 300-fachen Betrage des satzungsmäßigen Krankengeldes zusteht. Um in armen Gegenden die Belastungen der Landwirtschaft infolge der K.V. zu vermindern, kann endlich die oberste Verwaltungsbehörde den Landkrankenkassen erlauben, daß nach Ermäßigung der Beiträge dem arbeitsunfähigen Erkrankten nur die sogenannte „erweiterte Krankenpflege", d. h. statt der Regelleistung an Krankenpflege und an Krankengeld nur die freie Kur und Verpflegung in einem Krankenhaus gewährt wird. Durch diese und die obigen Sonderbestimmungen wird den Landkrankenkassen ein weiter Spielraum gegeben, sich der Leistungsfähigkeit der bei ihnen Versicherten und deren Arbeitgeber anzupassen, was die Durchführung der K.V. ganz wesentlich erleichtern wird.

Gegen den reichsgesetzlichen Versicherungszwang für die Landwirtschaft sprach bei Erlaß der alten K.V.-Gesetze u. a. auch der Mangel an ärztlichen Kräften auf dem Lande, sowie die Verteuerung der ärztlichen Hilfe infolge der weiten Entfernungen auf dem platten Lande. Dieser Grund gegen die Durchführung der K.V. kann heute als gänzlich beseitigt erachtet werden, nachdem in den letzten 30 Jahren die Zahl der Ärzte im Verhältnis zur Bevölkerungszunahme in Deutschland bedeutend stärker gewachsen ist. Die Zahl der Ärzte betrug im Jahre 1883 15100, denen im Jahre 1911 eine Zahl von 32835 gegenüberstand. Danach kamen auf 1 Million Einwohner im Jahre 1883 nur 328 Ärzte, während sich das Verhältnis im Jahre 1911 weit besser gestaltete, wo bereits 506 Ärzte auf 1 Million Einwohner durchschnittlich zu zählen waren. Zwar wird man eine überaus große Vermehrung der Zahl der Ärzte im Verhältnis zur Bevölkerung besonders in großen Städten annehmen müssen. Jedoch kann man aus der Statistik schließen, daß auch in Gegenden mit ausschließlicher Landbevölkerung der übermäßige Mangel an Ärzten nachgelassen hat. So übte z. B. in Mecklenburg-Schwerin, wo besonders die Landwirtschaft gepflegt wird, im Jahre 1883 ein Arzt durchschnittlich auf einem Gebiete von 67,88 qkm seine Praxis aus, während sich sein Bereich im Jahre 1911 nur noch auf 42,9 qkm erstreckte. Noch günstiger haben sich die Verhältnisse in Ostpreußen gestaltet, das im Verhältnis zu seiner Größe und seiner Einwohnerzahl in der Zahl der Ärzte am meisten hinter allen Staaten und Provinzen zurückstand. Hier umfaßte der Tätigkeitsbereich eines Arztes im Jahre 1883 103 qkm und im Jahre 1911 nur noch 52,9 qkm.[1]

Durch die Beseitigung des Ärztemangels auf dem Lande, nicht zum mindesten aber durch die besonderen Vorschriften für die Landwirtschaft ist voraussichtlich eine erfolgreiche Durchführung des reichsgesetzlichen Versicherungszwanges gesichert, den man für die

[1] Die Zahlen sind aus Statistiken des Reichsmedizinalkalenders von Dr. Paul Börner entnommen. Jahrgang 1884, S. 328ff. und Jahrgang 1912 S. 751ff.

landwirtschaftliche Bevölkerung nun schon bald 30 Jahre angetreten hat. Nicht ohne allgemeine wirtschaftliche Folgen wird diese reichsgesetzliche landwirtschaftliche Versicherung sein. Außer den mannigfachen Vorteilen für die Versicherten wird sie voraussichtlich auch für die Landwirte selbst großen Nutzen bringen. Denn es darf wohl angenommen werden, daß gerade die K.V. ein nicht zu unterschätzendes Mittel sein wird, der Abwanderung der Arbeiter in die Industrie zu begegnen. Ist doch sicherlich die Schuld der vielbeklagten Landflucht zum Teil mit der Benachteiligung der landwirtschaftlichen Arbeiter gegenüber ihren industriellen oder gewerblichen Standesgenossen hinsichtlich der mangelhaften sozialen Fürsorge zuzuschreiben.

B. Sonderregelung der K.V. für die Dienstboten.

Mit der Durchführung der landwirtschaftlichen K.V. fällt zugleich eine Schranke, die bisher der reichsgesetzlichen Versicherung des Gesindes und der Dienstboten gegenüberstand. Hatte man doch bisher trotz wiederholter Versuche, das Gesinde der Versicherungspflicht zu unterwerfen, keine genauen unterscheidenden Merkmale zwischen den landwirtschaftlichen Arbeitern und dem Gesinde zu finden vermocht, so daß gegebenenfalls nur beide Gruppen zugleich in die reichsgesetzliche Versicherung hätten einbezogen werden müssen. Da dies bis zur R.V.O. nicht geschah, so hatte man es den verschiedenen Staaten überlassen, die K.V. der Dienstboten durch ihren Verhältnissen entsprechende Sondergesetze zu regeln. Im übrigen sorgte § 617 des B.G.B. bis zu einem gewissen Grade dafür, daß der Dienstherr seinem in die häusliche Gemeinschaft aufgenommenen Verpflichteten, der gegen Entgelt häusliche oder landwirtschaftliche Dienste leistete, im Falle der Erkrankung die erforderliche Verpflegung und die ärztliche Behandlung bis zur Dauer von 6 Wochen gewährte. Sehr verschieden war nun infolge der Landesgesetzgebung in den einzelnen Bundesstaaten die Krankenfürsorge für das Gesinde geregelt.[1] Es sind vier Gruppen von Bundesstaaten zu unterscheiden, die die Krankenversorgung des Gesindes ganz verschiedenartig durchgeführt haben.[1] Es genügt hier eine Aufzählung der verschiedenen Gruppen, während im übrigen auf die einzelnen landesrechtlichen Gesindeordnungen und Gesetze verwiesen werden darf. Die erste Gruppe umfaßt Bundesstaaten, in denen das Gesinde einen Anspruch auf Krankenversorgung regelmäßig nur gegen die Dienstherrschaft hatte. Es sind dies Preußische und Hamburgische Landesteile, die beiden Lippe, Elsaß-Lothringen, die beiden Mecklenburg, Oldenburg, Preußen und Waldeck. Die zweite Gruppe unterstellte regelmäßig lediglich das land- und forstwirtschaftliche Gesinde der Versicherungspflicht, während im übrigen nur ein Anspruch an die Dienstherrschaft zu-

[1] Eine ausführliche Zusammenstellung hierüber bringt ein Anhang D zur Begründung der R.V.O.

stand. Hierher gehören das Königreich Sachsen, Hessen, die beiden Schwarzburg und Reuß j. L. Die dritte und vierte Gruppe bilden endlich die Staaten, bei denen entweder nur in einzelnen Landesteilen oder im ganzen Lande durch Ortsstatut sämtliche Dienstboten versichert waren. Dies war der Fall in einzelnen Landesteilen von Hamburg, Lübeck und Preußen sowie in den Bundesstaaten Bayern, Württemberg, Bremen, Baden, Braunschweig, den sächsischen Herzogtümern, Anhalt und Reuß ä. L. Die Fürsorge und dementsprechend auch die Leistungen, die bei Erkrankung des Gesindes gewährt wurden, waren infolge der verschiedenen Regelung ganz verschiedenartig. Da, wo keine Krankenversicherung durchgeführt war, erstreckte sich die Krankenversorgung nur auf die verhältnismäßig kurze Zeit von 6 Wochen. Gegen längere Erkrankung aber war in diesem Falle das Gesinde nicht geschützt. War die Krankenversicherungspflicht durch statutarische Bestimmungen auf das Gesinde erstreckt, so waren die Krankenkassenleistungen oftmals sehr beschränkt und vielmals nur auf die Dauer von 13 Wochen vorgesehen. Andererseits standen sich die Dienstboten, wenn sie versichert waren, in der ersten Zeit ihrer Erkrankung besser als die gewerblichen Arbeiter, da sie während der ersten 6 Wochen vom Dienstherrn ihren Lohn abzüglich des erhaltenen Krankengeldes weiter erhielten. Auch brauchten sie selbst keine Beiträge zur Versicherung zu zahlen.

Die R.V.O. stellt nunmehr eine einheitliche reichsgesetzliche Regelung der K.V. der Dienstboten an die Spitze. Soweit aber landesrechtliche Vorschriften darüber schon bestanden, werden diese aufrecht erhalten, vorausgesetzt, daß sie mit den Bestimmungen der R.V.O. in Einklang gebracht werden, gleichwertige Leistungen gewähren und keine höheren Beiträge fordern. Für die Durchführung des Versicherungszwanges für die Dienstboten selbst gelten im allgemeinen die gleichen Bestimmungen, insbesondere über Befreiung von der Versicherungspflicht und die erweiterte Krankenpflege wie bei der Landwirtschaft. Nur wird die erweiterte Krankenpflege bei den Dienstboten unter erleichterter Voraussetzung zugelassen. Kann sie bei der Landwirtschaft nur auf Grund der vom O.V.-Amte genehmigten Kassensatzung erfolgen, so ist sie bei Erkrankung eines Dienstboten allein schon auf dessen oder des Dienstherrn Antrag möglich. In der Regel sind die Dienstboten bei der Land-K.-Kasse versichert. Sind sie jedoch auch in Betrieben oder dem sonstigen Erwerbsgeschäft des Dienstberechtigten beschäftigt, so ist diese Beschäftigung für ihre Versicherung ebenso wie für ihre Versicherungsansprüche maßgebend. Infolge der allgemeinen Durchführung der K.V. erübrigte es sich, daß dem Dienstherrn weiterhin die Krankenfürsorge auferlegt wird, daher werden die diesbezüglichen landesrechtlichen Vorschriften aufgehoben. Fortbestehen bleibt dagegen die Bestimmung, daß der Lohn von dem Dienstherrn auf Grund des B.G.B. bei Erkrankung während 6 Wochen unter Anrechnung des Krankengeldes weiter zu zahlen ist.

C. Sonderregelung der K.V. für die unständig Beschäftigten.

Nicht geringe Schwierigkeiten bot die Ausdehnung der Versicherungspflicht auf die unständig Beschäftigten. Als solche sieht die R.V.O. diejenigen Personen an, deren Beschäftigung auf weniger als 1 Woche entweder nach der Natur der Sache beschränkt zu sein pflegt, oder im voraus durch den Arbeitsvertrag beschränkt ist. Auch auf sie konnte die Versicherungspflicht bisher nur statutarisch ausgedehnt werden. Der R.V.O. war es nun keineswegs möglich, in ihren Sonderbestimmungen all die verschiedenartigen Verhältnisse der zahlreichen Arten unständig Beschäftigter zu erfassen. Sie erachtete es nur als ihre Aufgabe, einen allgemein passenden Weg zu zeigen, der die Durchführung der versicherungstechnisch sehr schwierigen Versicherung bis zu einem gewissen Grade sichert. Daneben läßt sie den Regierungen der Einzelstaaten den weitesten Spielraum, die Versicherung durch Sondererlasse den vielen Verschiedenheiten der jeweiligen Verhältnisse mehr anzupassen, oder, wenn es möglich ist, nach den allgemeinen Vorschriften der K.V. durchzuführen.

Da die Art und der Beschäftigungsort der unständig Beschäftigten sehr häufig wechseln, so werden diese der allgemeinen Ortskrankenkasse, oder, wenn sie überwiegend landwirtschaftlich beschäftigt sind, der Landkrankenkasse ihres Wohnortes als Mitglied zugewiesen. Man vermeidet mit dieser Bestimmung der Kassenzugehörigkeit auf sehr geeignete Weise den unerträglichen Wechsel, der sonst mit Rücksicht auf die einzelne Tätigkeit und die verschiedenen Arbeitsstellen eintreten würde. Infolge des Mangels eines dauernden, verantwortlichen Arbeitgebers sah sich das Gesetz ferner gezwungen, eine Anzahl besonderer Bestimmungen über Meldepflicht, Beginn und Ende der Mitgliedschaft und Aufbringung der Versicherungsbeiträge zu erlassen. Dabei mußte der Gesetzgeber von dem Grundsatze abweichen, daß nur dem Arbeitgeber die An- und Abmelde-, sowie Einzahlungspflicht aufzuerlegen ist. Statt des Arbeitgebers, der im allgemeinen sonst für die genaue Befolgung der Vorschriften über das Versicherungsverhältnis verantwortlich gemacht wird, hat bei diesem besonderen Berufszweig der Versicherte selbst für die Durchführung seiner Versicherung zu sorgen. Zu diesem Zwecke hat er sich selbst zum Eintragen in das von der Kasse für die unständig Beschäftigten geführte Verzeichnis zu melden, womit die Mitgliedschaft bei den K.-Kassen beginnt. Das Eintragen in das Verzeichnis kann auch von Amtswegen erfolgen, wenn die zuständige Kasse Kenntnis erhält, daß ein unständig Beschäftigter ihres Bezirkes keiner K.-Kasse angehört, obwohl er versicherungspflichtig ist. Dies letztere soll dadurch ermöglicht werden, daß das V.A., die Gemeinde- und Polizeibehörden, die Ausgabestellen für Quittungskarten der Invalidenversicherung, sowie alle anderen Organe der V.-Träger verpflichtet sind, den versicherungspflichtigen unständig Beschäftigten der zuständigen Kasse zu melden. Zur Feststellung der Versicherungspflicht kann schließlich die Kasse den Betreffenden vorladen und durch Geldstrafe anhalten, der Ladung

zu folgen. Sehr häufig kommt es bei den unständig Beschäftigten vor, daß sie vorübergehend beschäftigungslos sind, wodurch ihre Versicherungspflicht nach den allgemeinen Grundsätzen der R.V.O. erlöschen würde. Um ein etwaiges beständiges Schwanken zwischen dem Zustande des Versichertseins und des Nichtversichertseins auch hier zu beseitigen, soll der Versicherte selbst bei vorübergehender Beschäftigungslosigkeit Mitglied der K.-Kasse bleiben. Nur dann wird er auf seine Abmeldung hin oder von Amtswegen im Verzeichnis gelöscht, wenn er Mitglied einer anderen Kasse geworden oder die unständige Beschäftigung für längere Zeit aufgegeben hat. Einer ganz besonderen Regelung bedurfte die Bestimmung über die Beiträge und Versicherungsleistungen für die unständig Beschäftigten. Allgemein sollen die Beiträge von der Kassensatzung mit Zustimmung des O.V.-Amtes nach dem Ortslohn festgesetzt und gesondert gebucht werden. Die wirtschaftlich meist ungünstigere Stellung der unständig Beschäftigten, sowie die Unmöglichkeit, ihr durchschnittliches Tagesentgelt wie bei den ständig Beschäftigten festzustellen, rechtfertigt es, daß bei ihnen der Ortslohn und nicht wie sonst das Tagesentgelt zur Berechnung der Versicherungsbeiträge und der Leistungen zugrunde gelegt wird. Um die Kasse überdies vor Schaden zu schützen infolge der für diese Berufsklasse gegebenen Möglichkeit, sich leichter der Versicherungspflicht zu entziehen, soll die K.-Kassensatzung bestimmen können, daß für die unständig Beschäftigten erst nach einer Wartezeit von höchstens 6 Wochen der Anspruch auf Kassenleistung (meist nur der Regelleistung) entsteht. Dabei soll die Dauer einer früheren Mitgliedschaft, die nicht länger als 26 Wochen zurückliegt, auf die Wartezeit angerechnet werden können. Die Unsicherheit des Einganges der Beitragsanteile der unständig Beschäftigten, die diese übrigens selbst und nicht die Arbeitgeber einzuzahlen haben, ließ den Schutz der Kasse vor Benachteiligung noch weiter geboten erscheinen. Die R.V.O. bestimmt daher, daß jeder unständig Beschäftigte nur Krankenpflege, nicht aber auch Krankengeld erhalten soll, wenn er im Laufe der letzten 26 Wochen vor der Erkrankung für mehr als 8 Wochen, oder, falls seine Mitgliedschaft noch nicht für 26 Wochen nachgewiesen ist, für mehr als $^1/_4$ der Versicherungsdauer keinen Beitragsanteil geleistet hat. Von grundlegender Bedeutung für die Einbeziehung der unständig Beschäftigten war endlich die Frage, wer bei ihnen den Beitragsanteil der Arbeitgeber tragen sollte. Die sämtlichen Arbeitgeber während einer Woche zu dem Anteil heranzuziehen, wäre das natürlichste gewesen. Nur würde diese Beitragserhebung und Berechnung zu den größten Schwierigkeiten geführt haben, zumal man Anfang der Woche gar nicht wissen kann, ob der unständig Beschäftigte überhaupt regelmäßig während der ganzen Woche beschäftigt ist. Es lag nahe, vielleicht auch wie bei der I.V. den ersten Arbeitgeber in der Woche zu dem vollen Wochenbeitragsanteil heranzuziehen. Dieses Verfahren würde jedoch den ersten Arbeitgeber ungerechterweise belastet und oftmals dazu geführt haben, daß der Gelegenheitsarbeiter Anfang der Woche nur

schwer Arbeit erhalten hätte. Eine Lösung dieser schwierigen Frage bringt die R.V.O. nun mit der Bestimmung, daß der Gemeindeverband der Kasse am Schlusse jedes Vierteljahres den Gesamtbetrag der Beitragsanteile für die Arbeitgeber auf Grund einer eingereichten Rechnung zahlen soll. Dem Verbande wiederum soll es dann überlassen bleiben, wie er den Betrag entweder auf alle oder nur auf die beteiligten Einwohner des Kassenbezirkes umlegen oder endgültig tragen will. Im übrigen soll die Satzung der K.-Kasse mit Zustimmung des Verbandes und des O.V.-Amtes weiterhin noch bestimmen können, daß die unständig Beschäftigten überhaupt keinen Beitragsanteil zu zahlen brauchen. Der Entwurf zur R.V.O. begründet das Umlegen der Beiträge auf den Gemeindeverband damit, „daß der Bedarf an gelegentlicher Aushilfe durch unständige Arbeiter ungemein verbreitet ist, und daß mithin die Tätigkeit dieser Gruppe in längeren Zeiträumen fast allen Bevölkerungsklassen in größerem oder geringerem Umfange zunutze kommt". Zudem darf man wohl kaum annehmen, daß durch die verhältnismäßig nicht allzu hohen Summen die Gemeinden übermäßig belastet werden. Werden doch andererseits gerade durch den Fürsorgeanspruch der Versicherten die Gemeinden nicht unwesentlich entlastet, da die Armenpflege gegebenenfalls nicht mehr so sehr in Anspruch genommen wird.

D. Sonderregelung der K.V. für die im Wandergewerbe Beschäftigten.

Manche ähnlichen Schwierigkeiten wie bei den unständig Beschäftigten bieten sich bei der Durchführung der K.V. für die im Wandergewerbe beschäftigten Angestellten.[1] Auch hier sind es der Mangel einer festen Arbeitsstätte und der fortwährende Wechsel von Ort zu Ort, die die reichsgesetzliche Krankenversicherung erschweren. Zunächst fragt es sich, welche K.-Kassen für sie zuständig sein sollen. Unmöglich kann der Versicherungspflicht bei den vielen K.-Kassen der verschiedenen Ortschaften genügt werden, wo das betreffende Wandergewerbe überall ausgeübt wird. Höchstens kann eine der K.-Kassen des zufälligen Erkrankungsortes verpflichtet werden, die vorläufige Krankenhilfe zu übernehmen. Ihr können aber keineswegs die endgültigen Kosten der gewährten Unterstützung auferlegt werden. Dafür muß vielmehr eine Kasse eintreten, die während der ganzen Dauer des betreffenden Wandergewerbebetriebes die K.V. durchführt. Als solche ist von der R.V.O. diejenige Landkrankenkasse des Ortes gedacht, bei dessen Polizeibehörde der Wandergewerbeschein beantragt worden ist. Bei ihr hat der Wandergewerbetreibende die von ihm mitgeführten Arbeitskräfte der Zahl nach anzumelden, und die gesamten Beiträge für die Dauer der Gültigkeit des Wandergewerbe-

[1] Über den Begriff „Wandergewerbe" und die dafür geltenden Bestimmungen: Gewerbeordnung §§ 55—62, für die reichsgesetzl. K.V. kommen hauptsächlich die §§ 55, 59 u. 62 in Betracht.

scheines im voraus zu entrichten. Beschäftigte aber, für die über die angemeldete Zahl hinaus die Erlaubnis nach § 62 der Gewerbeordnung[1] erst nach Empfang des Scheines nachgesucht wird, sind durch Vermittlung der für diese Erlaubnis zuständigen Behörde anzumelden. Auch für sie sind die Beiträge gleichfalls im voraus zu entrichten, weil sonst infolge des häufigen Wechsels des Aufenthaltes kaum eine Sicherung der Beiträge gewährleistet wäre. Zur Kontrolle wird künftig der Wandergewerbeschein nur erteilt werden, wenn die Beiträge für die Versicherung der Beschäftigten gezahlt worden sind. In dem Wandergewerbeschein sollen u. a. auch der den Beschäftigten zu zahlende Grundlohn und die daraus sich ergebenden Wochenbeiträge für die K.V. angegeben werden. Gerade diese Angaben werden die Durchführung der Krankenfürsorge bedeutend erleichtern. Werden doch die Kassen, die vorläufig um die Krankenfürsorge eines bei ihnen nicht versicherten wandergewerblich Beschäftigten angegangen werden, daraus ersehen können, welche Regelleistung sie dem erkrankten Versicherten zu gewähren, und welche Kasse die Kosten zu ersetzen hat. Die Bestimmung des Umfanges der Leistung wird noch besser dadurch ermöglicht, daß nach der R.V.O. die im Wandergewerbe Beschäftigten nur die sogen. Regelleistung der K.-Kassen erhalten sollen. Doch können die Kassensatzungen die Bestimmungen hier wie auch sonst den jeweiligen Verhältnissen entsprechend erweitern. Noch sei erwähnt, daß auch im Wandergewerbe die Arbeitnehmer mit $^2/_3$ zu den von den Arbeitgebern gezahlten Versicherungsbeiträgen für die Zeiten herangezogen werden können, die längstens einen Monat zurückliegen. Dabei werden gleichfalls die Angaben der gezahlten Beiträge im Wandergewerbescheine eine geeignete Grundlage zur Berechnung des Arbeitnehmeranteils geben.

E. Sonderregelung der K.V. für die Hausgewerbetreibenden und deren Beschäftigten.

Zu den besonderen Berufszweigen der K.V. wird schließlich noch die Hausindustrie gezählt. Ihre Einbeziehung in die reichsgesetzliche K.V. stellte dem Gesetzgeber die größten Schwierigkeiten. Wie groß die Hindernisse waren, die man zu beseitigen hatte, geht allein aus der Tatsache hervor, daß trotz einer Novelle vom 30. Juni 1900[2], die den Bundesrat ermächtigte, die Versicherungspflicht auf das Hausgewerbe zu erstrecken, und daß trotz des darauf unternommenen Versuches[3] die Zwangskrankenversicherung für diese große, wirtschaftlich recht schlecht gestellte Klasse bis zum Erlaß der R.V.O. noch überhaupt nicht allgemein versucht worden war. Nur in Gegenden, wo die Schwierigkeiten nicht so sehr hervortraten, wo z. B. der Hausgewerbetreibende an demselben Ort oder in demselben Kassenbezirk

[1] R.G.Bl. 1883 S. 202.
[2] R.G.Bl. S. 332.
[3] Preußisches Ministerialblatt d. Handels- u. Gewerbeverwaltung 1900 S. 187.

wie sein Auftraggeber wohnte und dauernd oder während eines längeren Zeitabschnittes nur für ein und denselben Arbeitgeber beschäftigt war, da war er oftmals in der Ortskrankenkasse auf Grund der Kassensatzung versichert. Die große Mehrzahl dieser Berufsklasse und darunter gerade die Bedürftigsten entbehrte jedoch noch einer staatlichen Fürsorge im Krankheitsfalle, obwohl bei ihnen eine reichsgesetzliche K.V. noch viel begründeter gewesen wäre, als bei den versicherten gewerblichen und industriellen Arbeitern. Denn da ihr Verdienst im Durchschnitt geringer ist, muß bei ihnen auch die Möglichkeit und Neigung zur freiwilligen K.V. geringer sein, während andererseits die Anlage zur Krankheit bei ihnen im allgemeinen sehr hoch ist. Wird doch die körperliche Widerstandskraft durch Heranziehung zur Arbeit in der Kindheit, durch angestrengte Überarbeit in der Saison, durch ungesunde enge Wohnungen, die oftmals gleichzeitig als Arbeitsstätte dienen, und durch schlechte dürftige Lebensweise sehr vermindert. Bei Krankheit eines Familienmitgliedes des Hausgewerbetreibenden wird aber das Elend, das vielfach schon infolge periodenweiser Saisonarbeit oder Krisen groß ist, ins unerträgliche gesteigert. Die Angehörigen müssen um so angestrengter arbeiten, um den Ausfall des Verdienstes des Erkrankten zu decken, wobei nicht selten die Pflege des Erkrankten vernachlässigt wird. Hier helfend einzugreifen, war nur einer allgemein durchgeführten staatlichen K.V. möglich. Die in kurzen Umrissen gezeigte Notwendigkeit der Krankenversicherungspflicht für die Hausgewerbetreibenden läßt nicht die Schwierigkeit ihrer Durchführung erkennen. Schon die Abgrenzung des Begriffes „Hausgwerbetreibender" ist nicht einfach.[1] Die R.V.O. nimmt Abstand von einer bestimmten Feststellung des Begriffes und beschränkt sich, wie in dem alten I.V.G. § 2 Abschn. 2, nur auf die Hervorhebung einzelner Merkmale. Nach § 162 der R.V.O. gelten als Hausgwerbetreibende: die selbständigen Gewerbetreibenden, die in eigenen Betriebsstätten im Auftrag und für Rechnung anderer Gewerbetreibender gewerbliche Erzeugnisse herstellen oder bearbeiten. Sie gelten dafür auch dann, wenn sie die Roh- oder Hilfsstoffe selbst beschaffen, sowie für die Zeit, in der sie vorübergehend für eigene Rechnung arbeiten. Darin, daß die R.V.O. mit den Hausgewerbetreibenden selbstständige Gewerbetreibende der Versicherungspflicht unterworfen hat, könnte von anderen kleinen selbständigen Unternehmern, die nach der R.V.O. nur versicherungsberechtigt sind, leicht eine Unbilligkeit erblickt werden. Jedoch rechtfertigt sich die Ausnahme dadurch, daß die Hausgewerbetreibenden, wie Rosin sagt, nur eine gewisse Mittelstellung zwischen selbständigen Handwerkern und abhängigen Lohnarbeitern einnehmen. „Die Produktion in eigener Betriebsstätte gewährt ihnen an sich eine gewisse persönliche Bewegungsfreiheit, der Ausschluß vom Markte mediatisiert sie als Verkehrssubjekte und bringt sie in Abhängigkeit vom Auftraggeber. Das Interesse des letz-

[1] Rosin, Recht der Arbeiterversicherung Bd. 2 § 22. Berlin 1904. Anleitung des R.V.-Amtes vom 6. Dezember 1905 Ziff. 33 in den A.N. S. 613.

teren als des wirtschaftlich Stärkeren wird aber schließlich für die tatsächliche Ausgestaltung des ganzen Verhältnisses maßgebend, indem er alle Betriebsunkosten, Schwankungen des Marktes, insbesondere schlechte Konjunkturen auf den Hausgewerbetreibenden abwälzen kann."[1] So haben die Hausgwerbetreibenden wohl meist die persönliche Selbständigkeit mit den Unternehmern, dagegen bei weitem mehr die wirtschaftliche Abhängigkeit mit den Lohnarbeitern gemein, was wegen ihrer drückenden Folgen direkt auf eine Gleichstellung mit den Lohnarbeitern und damit auf die Zwangskrankenversicherung hinweist.

Diese Mittelstellung ergibt alle anderen versicherungstechnischen Schwierigkeiten. Zunächst ist es die Frage der Kassenzugehörigkeit, welche auch hier einer Sonderregelung bedurfte. Der Gesetzgeber hat sich dahin entschieden, daß alle die Personen die dem oben angeführten § 162 genügen, ohne Rücksicht auf den Betriebssitz ihres Auftraggebers bei derjenigen Landkrankenkasse ihres Bezirkes versicherungspflichtig sind, wo sie ihre eigene Betriebsstätte haben. Bei der gleichen Kasse werden ebenfalls ihre hausgewerblich Beschäftigten versichert. Dabei gestaltet sich das Verhältnis dieser Versicherten zu der Kasse ähnlich wie bei den unständig Beschäftigten. Wie dort soll die Kasse über die Hausgewerbetreibenden und ihre Beschäftigten ein alphabetisches Mitgliederverzeichnis führen auf Grund der Meldepflicht der Hausindustriellen oder von Amtswegen. Ebenso gelten dieselben Vorschriften über Beginn und Ende der Versicherung nach Eintragung oder Löschung in dem Verzeichnis, sowie bei vorübergehender Nichtbeschäftigung.

Nicht einfach war die Lösung der Frage, wie die Mittel für die Versicherung aufgebracht, besonders wie die Auftraggeber zur Beitragsleistung herangezogen werden sollten. Sie war umso schwieriger in den zahlreichen Fällen, „wo ein Auftraggeber viele auf die verschiedensten Orte und Gegenden verstreute Hausgewerbetreibende beschäftigt, die er kaum dem Namen nach, noch weniger ihren eigenen Verhältnissen nach kennt. Dazu kommen die nicht minder häufigen Fälle, wo der Hausgwerbetreibende seinerseits bald für diesen, bald für jenen Auftraggeber, oft auch für mehrere zu gleicher Zeit arbeitet, und wo endlich er sowohl wie sein Hilfspersonal im Betriebe des Hausgwerbes nur zeitweilig, im übrigen oder daneben auch anderweit, z. B. in der Landwirtschaft, selbständig oder unselbständig tätig sind." Bei diesen verwickelten Fällen wäre es am einfachsten gewesen, die Hausgewerbetreibenden allein zur Zahlung der Versicherungsbeiträge heranzuziehen. Wegen ihrer meist geringen Leistungsfähigkeit konnte jedoch auf den Beitragsanteil der Auftraggeber nicht verzichtet werden. Und so hat denn die R.V.O. beide Teile am besten dadurch zu erfassen gesucht, daß sie für Auftraggeber und Hausgewerbetreibende getrennte Vorschriften erließ. Bei Heranziehung des Auftraggebers zur Deckung der Versicherungskosten hat man die Arbeit des Haus-

[1] Rosin, a. a. O. S. 188.

gewerbetreibenden als solche, losgelöst von Dauer und Art ihrer Erledigung, selbständig zur Grundlage gemacht, da nur das für die gelieferte Arbeit gezahlte Entgelt mit Sicherheit festgestellt werden kann. Nach dem Entgelt lediglich bemessen soll jeder Auftraggeber sogen. Arbeitgeberzuschüsse zahlen ohne Rücksicht auf das Versicherungsverhältnis des Gewerbetreibenden.[1] Bei Berechnung der Höhe der Auftraggeberzuschüsse wird im allgemeinen der Grundsatz der K.V. verlassen, wonach die Arbeitgeber $^1/_3$ und die Arbeitnehmer $^2/_3$ der Beiträge zu zahlen haben. Vielmehr werden hier die Arbeitgeber die Hälfte der Kosten tragen, indem die Zuschüsse einheitlich für alle Gewerbezweige und für das Gebiet des Reiches in der Weise berechnet werden sollen, daß jährlich ihre Gesamtsumme die Hälfte der Gesamtlast deckt, die den Landkrankenkassen erwachsen würde, wenn sie die Regelleistung nach dem Ortslohn als Grundlohn gewährten und ihnen alle hausgewerblich Versicherungspflichtigen angehörten. Die Feststellung der Höhe der Zuschüsse ist Aufgabe des Bundesrates, der sie in Zeiträumen von 4 Jahren auf Grund des von der Rechnungsstelle des R.V.-Amtes gesammelten Materials nachprüft und nötigenfalls neu festsetzt. Bis zum 31. Dezember 1914 sollen die Zuschüsse 2% des wirklich gezahlten Entgeltes betragen.[2] Mit dieser Bestimmung des Beitragsanteils des Auftraggebers fallen sämtliche verwickelten Fragen der Dauer, der Art der Beschäftigung usw. weg, ohne daß die Belastung der Auftraggeber infolge ihrer Zuschüsse im Verhältnis zu den Beitragsanteilen, die von den anderen Arbeitgebern für die K.V. gezahlt werden, etwa größer wäre. Denn wenn auch im allgemeinen bei dem Hausgewerbe die Auftraggeber die Hälfte für die Deckung der Versicherungskosten aufbringen sollen, so ist dieser Betrag meist nicht so hoch, wie das Beitragsdrittel bei der regelmäßigen K.V., da den Hausgewerbetreibenden nur die Regelleistung der K.-Kassen gewährt werden soll. Auch muß man berücksichtigen, daß in den prozentualen Zuschüssen zugleich die Mitleistung des Auftraggebers für die K.V. der hausgewerblichen Hilfspersonen enthält, für die der Hausgewerbetreibende allein die Beiträge zahlt. Von besonderem Vorteil wird die einheitliche Bemessung der Arbeitgeberzuschüsse für das ganze Reich und für alle Zweige der Hausindustrie insofern sein, als sie die Konkurrenzfähigkeit wahrt. Diese wird selbst nicht dadurch gefährdet werden können, daß ein Auftraggeber ausländische Hausgewerbetreibende beschäftigt; denn in diesem Falle kann jener auf Bundesratsbeschluß für die hausgewerbliche K.V. so herangezogen werden, wie wenn er Inländer beschäftigte. Die Zuschüsse sollen dann den zuständigen Kassen des Betriebssitzes des Arbeitgebers ebenso zugute kommen, wie die von Auftraggebern gezahlten Zuschüsse für zu versichernde Hausgewerbetreibende. Um noch weiter die Durchführung der K.V. zu erleichtern, soll der Auf-

[1] Z. B. kommt es nicht darauf an, ob und welcher Kasse der Hausgewerbetreibende angehört, was für Unterstützung ihm von der Kasse gewährt wird und welchen Beitrag er für sich und seine Beschäftigten bezahlt.

[2] Zur Berechnung vgl. Abschnitt 5 d. finanziellen Begr. z. Entw. d. R.V.O.

traggeber der Landkrankenkasse oder der allgemeinen Ortskrankenkasse seines Betriebssitzes in der ersten Woche eines jeden Monates eine Liste der im abgelaufenen Monate beschäftigten Hausgewerbetreibenden einreichen. Gleichzeitig zahlt er dabei seine sämtlichen fälligen Zuschüsse, die nach dem in der Liste für jeden Hausgewerbetreibenden angegebenen Entgelt berechnet werden. Die Kasse, bei der die Liste und Zuschüsse abgegeben werden, gibt darauf in Zweifelsfällen unter Vermittlung des V.-Amtes Auszüge aus den Leistungen und die Zuschüsse an die Kasse weiter, bei der die betreffenden Hausgewerbetreibenden Mitglieder sind. Diese ihrerseits schreibt ihren Mitgliedern die für sie nach den Listen gezahlten Zuschüsse gut, welche Beiträge dann für die Höhe der von der Kasse im Krankheitsfalle gewährten Barleistung bestimmend sind.

Das Verhältnis dieser Barleistungen zu den Auftraggeberzuschüssen soll von der Kassensatzung bestimmt werden. Die R.V.O. selbst zeigt hierfür einen etwas komplizierten Weg. Danach soll z. B. die Höhe des Krankengeldes sich zum gesetzlichen Krankengeld verhalten, wie der Betrag der im letzten Geschäftsjahr gutgeschriebenen Zuschüsse zu dem aller Beiträge, die der Hausgewerbetreibende für diese Zeit gezahlt hat.[1] Der Kassensatzung ist es überlassen, den Verhältnissen entsprechend die Versicherungsbeiträge festzusetzen, die die versicherten Hausgewerbetreibenden für sich und ihre hausgewerblich Beschäftigten einzuzahlen haben. Auch im übrigen sind den K.-Kassen nicht allzu enge Grenzen gezogen, so daß beispielsweise das Krankengeld und die Barleistungen gekürzt, erweiterte Krankenpflege gewährt, eine Wartezeit vorgeschrieben, sowie die Beitragszahlung durch die Auftraggeber erlaubt werden kann. Es würde zu weit führen, hier auf alle Sonderbestimmungen einzugehen. Es mag genügen, die Grundzüge mit ihren Abweichungen von der allgemeinen K.V. hier herausgegriffen zu haben.

Durch die Auftraggeberzuschüsse ist die Durchführung der hausgewerblichen K.V. bis zu einem gewissen Grade gesichert, und damit zugleich die Höhe der Beitragsanteile der Versicherten vermindert worden. Trotzdem werden selbst geringe Beiträge infolge der überaus ungünstigen wirtschaftlichen Lage mancher Zweige der Hausindustrie von einem großen Teil derselben kaum oder nicht ohne schweren Schaden für ihre ohnedies schon kärgliche Lebenshaltung aufgebracht werden können. Inwieweit dies der Fall ist, läßt sich natürlich zurzeit noch nicht überblicken, da sich die Höhe der Kosten noch nicht annähernd berechnen läßt. Da man aber ohne Zweifel mit einer gewissen Leistungsunfähigkeit einzelner oder gar ganzer Gruppen von Hausgewerbetreibenden rechnen mußte, so hat die R.V.O. auch hierfür zur Sicherung der K.-Kassen einige Bestimmungen erlassen. Durch Beschluß des

[1] Sind z. B. für einen Hausgewerbetreibenden in einem Jahr insgeamt: 25 Mark an Zuschüssen der Auftraggeber eingegangen, während er selbst 30 Mark Kassenbeiträge gezahlt hat, so ist ihm im darauffolgenden Jahre im Erkrankungsfalle ein Krankengeld im Verhältnis 25 zu 30 gleich 5/6 des reichsgesetzlichen Krankengeldes zu zahlen.

Kommunalverbandes kann nämlich mit Zustimmung des O.V.-Amtes angeordnet werden, daß von Hausgewerbetreibenden Beiträge überhaupt nicht erhoben werden, und daß der Verband die Kosten der Versicherung nach Abzug der Auftraggeberzuschüsse übernimmt. In Bezirken, wo die Hausindustrie zur Leistung von Beiträgen überhaupt unfähig ist, soll sogar der Gemeindeverband durch die Landesregierung zur Übernahme der Versicherungskosten gezwungen werden können. In diesem Falle erhalten die Versicherten nur Krankenpflege, wodurch sich die Kosten wesentlich verringern werden. Immerhin können zuweilen dadurch einzelne Gemeinden schwer belastet werden, da hierbei meist wohl nur Orte in Frage kommen dürften, deren finanzielle Leistungsfähigkeit wegen geringer Steuerkraft der Einwohner ohnehin schon beschränkt ist. Zu wünschen wäre daher, daß vielleicht besser der Staat oder das Reich für diese leistungsunfähigen Hausgewerbetreibenden einen jährlichen Zuschuß zur K.V. gewährten, der von der Gesamtheit sehr leicht zu tragen sein würde, für eine arme Gemeinde jedoch eine schwere Last bedeutet.

§ 4. Die einheitliche Bestimmung und teilweise Erweiterung der Leistungen der K.V.

Bei der Besprechung der Sondervorschriften der R.V.O. für die in die K.V. neu einbezogenen besonderen Berufszweige mußte wiederholt besonders auf die Krankenkassenleistungen eingegangen werden, die bei jenen neuen Versicherten oftmals nach besonderen Grundsätzen bestimmt werden sollen. Als Grundlage zu deren Bestimmung dient allgemein die gesetzlich festgelegte Mindestleistung der K.-Kassen, die sog. Regelleistung, die jedoch bei besonderen Berufsgruppen unter gewissen Voraussetzungen noch beschränkt oder in anderer Form gewährt werden kann. Fragen wir uns nun, worin eigentlich im allgemeinen die Leistungen der K.-Kassen bestehen, oder, wie die R.V.O. sagt, was der Gegenstand der Versicherung ist, und was hier die neueste Gesetzesreform für fortschrittliche Änderungen gebracht hat? Ein wesentlicher Fortschritt ist zunächst auch hier wiederum, daß die R.V.O. alle in den alten K.V.-Gesetzen zerstreut behandelten Vorschriften über die Krankenunterstützung an einer Stelle zusammengefaßt hat. Die dadurch erzielte gute Übersicht wird weiter dadurch gefördert, daß die Bestimmungen über die einzelnen Leistungen der K.V. in sich einheitlich geordnet sind ohne Rücksicht darauf, ob sie auf Grund des Gesetzes oder der einzelnen Kassensatzungen gewährt werden. Dabei werden einige neue Begriffsbestimmungen getroffen, die ihrerseits gleichfalls zu einem besseren Verständnis beitragen werden. So unterscheidet die R.V.O. in der K.V. Regelleistungen und Mehrleistungen. Unter Regelleistungen sind die kraft des Gesetzes regelmäßig den Versicherten (mit Ausnahme der besonderen Berufszweige und der freiwillig Versicherten) zu gewährenden Mindestleistungen zu verstehen, die von allen reichsgesetzlichen K.-Kassen nach gleichen Grundsätzen zu bestimmen sind. Außer

kleinen Erweiterungen sind unter dem neugeprägten Ausdruck „Regelleistung" dieselben Leistungen zu verstehen, die das alte K.V.-Gesetz unter dem Namen „Mindestleistungen der Ortskrankenkassen" zusammenfaßte. Da diese Mindestleistungen bei allen K.-Kassen die gleichen sein sollen, so fällt künftig die Verschiedenartigkeit der gesetzlichen Mindestleistungen bei den einzelnen Kassenarten weg, wonach z. B. für die Gemeindekrankenversicherung und für die Hilfskassen als Mindestleistung kein Wochengeld und Sterbegeld wie bei den anderen K.-Kassenarten vorgeschrieben war. Allgemein werden alle Kassen als Regelleistung: Krankenhilfe, Wochenhilfe und Sterbegeld zu gewähren haben. Da sich deren Umfang wie ehedem bei den Mindestleistungen der Ortskrankenkassen bestimmt, so soll hier nur auf diejenigen gesetzlichen Leistungen eingegangen werden, die gegen früher eine Erweiterung bedeuten. Vorerst soll aber auf die nachstehende Zusammenstellung der Regelleistung und Mehrleistung der K.V. hingewiesen werden, worin bereits durch ein Zeichen (+) angedeutet wird, welche Erweiterung die R.V.O. hier gebracht hat. Wichtig ist vor allem, daß alle Barleistungen, die Versicherte mit höherem Tagesarbeitsverdienst in der K.V. beziehen sollen, künftig höher sein werden. Wie bisher sollen zwar die baren Leistungen der Kassen nach einem Grundlohn bemessen werden. Als solchen kann die Kassensatzung festsetzen:

1. Das durchschnittliche Tagesentgelt, das wiederum bestimmt werden kann nach:
   a) den verschiedenen Klassen der Versicherten, für die die Kasse errichtet ist (z. B. nach Stellung, Beruf, Geschlecht),
   b) den verschiedenen Lohnstufen (z. B. 1. Stufe bis 1 M., 2. Stufe 1—2 M. usw.),
2. dem wirklichen Arbeitsverdienst jedes einzelnen Versicherten,
3. dem Ortslohn (in der Regel nur für die besonderen Berufszweige).

Während aber im alten K.V.-Gesetze vorausgesetzt wurde, daß der nach 1a) oder nach 1b) und 2 bemessene Grundlohn 4 Mark bezüglich 5 Mark für den Arbeitstag nicht überschreiten sollte, werden durch die R.V.O. nunmehr diese Höchstbeträge auf 5 bezüglich 6 Mark erhöht. Damit wird für eine versicherte Person mit mindestens 6 Mark Tageseinkommen eine Steigerung der Barleistungen um 20 bis 25 % erzielt. Die Verschiebung der Maximalgrenze des Grundlohnes nach oben ist schon allein deswegen zu billigen, weil seit dem Jahre 1883 wesentliche Änderungen der Verhältnisse, insbesondere Steigerung der Löhne und Verteuerung der Lebenshaltung eingetreten sind. Sie war umso nötiger, als auch die Höchsteinkommengrenze für die Versicherungspflicht, wie wir oben sahen, von 2000 auf 2500 Mark erhöht wurde. Zu der gesetzlich allgemein zu gewährenden Krankenhilfe, unter der man Krankenpflege und Krankengeld zu verstehen hat, ist eine neue Art der Krankenpflege hinzugekommen, die sogen. Hauspflege. Diese häusliche Hilfe und Wartung durch Krankenpfleger und Krankenschwestern kann mit Zustimmung des Ver-

	Regelleistung:[1] (geleistet von allen Kassen an alle Mitglieder mit Ausnahme der Versicherten, der bes. Berufszweige).	Mehrleistung:[2] (nur geleistet auf Grund der Kassensatzung).
Krankenhilfe	1. Krankenpflege: Ärztliche Behandlung, Arznei, Brillen, Bruchb. usw. vom Beginn der Krankheit für die Dauer von 26 Wochen. 2. Krankengeld: $^1/_2$ Grundlohn + bei Arbeitsunfähigkeit vom 4. Krankheitstage an für die Arbeitstage von 26 Wochen. An Stelle von 1. u. 2.: a) Krankenhauspflege u. Hausgeld = $^1/_2$ Krankengeld od. b) Hauspflege + durch Pfleger unter Abzug von $^1/_4$ des Krankengeldes.	1. Erweiterung der Dauer der Krankenhilfe auf 1 Jahr. 2. Fürsorge für Genesende. 3. Gewährung von Hilfsmitteln bei Verkrüppelung. 4. Erhöhung des Krankengeldes auf $^3/_4$ Grundlohn. 5. + Zubilligung des Krankengeldes vom Tage der Erkrankung ab und für Sonn- und Festtage. 6. Erhöhung des Hausgeldes bis zum Betrage des Krankengeldes.
Wochenhilfe an weibliche Versicherte vor und nach ihrer Niederkunft	1. Wochengeld: + in Höhe des Krankengeldes für 8 Wochen (6 W. in der Zeit nach der Niederkunft). + 4 Wochen nur bei Landkrankenkassen nach einer Mitgliedschaft von mindestens 6 Monaten. An Stelle von 1.: a) + Aufnahme in ein Wöchnerinnenheim und Hausgeld = $^1/_2$ Krankengeld oder b) Hauspflege durch Pflegerinnen unter Abzug von $^1/_2$ des Wochengeldes.	1. Ärztliche Geburtshilfe und Hebammendienste. 2. Schwangerschaftsunterstützung nach einer Mitgliedschaft von mindestens 6 Monaten. a) Ärztliche Behandlung und Hebammendienste. b) Krankengeld bis zur Gesamtdauer von 6 Wochen bei Arbeitsunfähigkeit. 3. + Stillgeld: bis $^1/_2$ Krankengeld neb. Wochengeld bis zum Ablauf der 12. W. nach der Niederkunft.
Sterbegeld	1. Beim Tode des Versicherten der 20fache Grundlohn +, wovon zunächst die Begräbniskosten zu bestreiten sind. Der Restbetr. fällt an Ehegatten, Kinder, Vater oder Mutter bzw. Geschwister des Verstorbenen, sonst an die Kasse zurück.	1. Erhöhung des Sterbegeldes bis zum 40fachen Betrag des Grundlohnes +. 2. Festsetzung des Mindestbetrages auf 50 M.
Familienhilfe an Familienmitglieder des Versicherten	—	1. Krankenpflege an versicherungsfreie Familienmitglieder des Versicherten. 2. + Wochenhilfe an versicherungsfreie Ehefrauen der Versicherten (Regelleistung u. Mehrleistung). 3. Sterbegeld beim Tode des Ehegatten = $^2/_3$ des Mitgliedsterbegeldes, oder beim Tode eines Kindes = $^1/_2$ des Mitgliedersterbegeldes unter Kürzung des Sterbegeldes, auf das der Verstorb. vers. war.

[1] Anspruch auf Regelleistung wird erworben: a) für Versicherungspflichtige in der Regel (vgl. b) mit der Mitgliedschaft, b) für unständ. Beschäft., Hausgewerbetr. u. Versicherungsberecht. nach einer Wartezeit von höchstens 6 Wochen.

[2] Anspruch auf Mehrleistung wird erworben: soweit die Satzung nichts anderes bestimmt für alle Versicherten nach einer Wartezeit von höchstens 6 Monaten mit Ausnahme für diejenigen, die während der letzten 12 Monate bereits 6 Monate lang die Mehrleistung einer Krankenkasse erhalten haben.

+ bedeutet, daß die angeführten Leistungen durch die R.V.O. erweitert oder neu eingeführt worden sind.

sicherten von der K.-Kasse dann gewährt werden, wenn die Aufnahme des Kranken in ein Krankenhaus geboten, aber nicht ausführbar ist, weil z. B. der Zustand des Erkrankten eine Überführung in ein Krankenhaus nicht gestattet, oder weil die zur Verfügung stehenden Krankenhäuser überfüllt oder zu weit entfernt sind. Daß für die Kosten der Hauspflege die K.-Kasse bis zu einem Viertel des Krankengeldes abziehen kann, wird kaum beanstandet werden, zumal ja der Versicherte selbst erst die Zustimmung zur Hauspflege geben muß.

Von wesentlich größerer Bedeutung ist, daß nach der R.V.O. nunmehr allgemein die Wochenhilfe in die gesetzliche Regelleistung aller K.-Kassen einbezogen wird. Unter Wochenhilfe sind alle Unterstützungen zu verstehen, die nach der K.V. allen weiblichen Versicherten vor und nach ihrer Niederkunft gewährt werden. Als Regelleistung der Wochenhilfe gilt das Wochengeld. Schon das alte K.V.-Gesetz fordert von den reichsgesetzlichen K.-Kassen, d. h. den Orts-, Betriebs-, Bau- und Innungskrankenkassen eine Mindestunterstützung für Wöchnerinnen. Sie bestand in einem Wochengeld, das in Höhe des Krankengeldes auf die Dauer von 6 Wochen nach der Niederkunft gezahlt wurde, wenn im Jahre vor der Niederkunft mindestens eine Mitgliedschaft von 6 Monaten nachgewiesen war. Die R.V.O. verlängert die Dauer des Wochengeldes auf 8 Wochen, was einer Erhöhung des bisher gezahlten gesamten Wochengeldes von 33,3 % gleichkommt. Mit dieser Erweiterung wird der Gesetzgeber zugleich einer Bestimmung der Gewerbeordnung[1] gerecht, wonach Arbeiterinnen vor und nach ihrer Niederkunft im ganzen während 8 Wochen nicht beschäftigt werden dürfen, und ihr Wiedereintritt in den Betrieb an den Ausweis geknüpft wird, daß seit ihrer Niederkunft wenigstens 6 Wochen verflossen sind. Diese sozialpolitische Maßnahme der Gewerbeordnung würde eine empfindliche Unbilligkeit gewesen sein, wenn ihr nicht auch eine solche zur Seite getreten wäre, die den Schwangeren und Wöchnerinnen einen Ersatz für den Gewinnentgang infolge Beschäftigungslosigkeit gewährte. Das Beschäftigungsverbot gilt nach der Gewerbeordnung nur für Wöchnerinnen gewerblicher aber nicht auch landwirtschaftlicher Betriebe. Dennoch ist es kaum zu billigen, daß durch die R.V.O. für Mitglieder der Landkrankenkassen, vornehmlich also für Versicherte der Landwirtschaft und der übrigen besonderen Berufszweige, das Wochengeld nur auf 4 Wochen festgesetzt worden ist. Es ist dies eine Benachteiligung einzelner Klassen, die gerade durch die Reform hätte vermieden werden sollen, die doch sonst bestrebt war, Unbilligkeiten der R.V. auszugleichen. Eine Neuerung der Regelung der Wochenhilfe besteht weiter darin, daß statt des Wochengeldes mit Zustimmung der Wöchnerinnen die Aufnahme in ein Wöchnerinnenheim bewirkt werden kann, wobei daneben noch ein Hausgeld an die von der Versicherten unterhaltenen Angehörigen in der Höhe des halben Krankengeldes zu zahlen ist.

[1] Gesetz betr. Abänderung der Gewerbeordnung vom 28. Dez. 1908 § 137 Abs. 6, R.G.Bl. S. 667.

Auch Hauspflege selbst ist für Wöchnerinnen unter Abzug des halben Wochengeldes zulässig.[1] Außer der Erhöhung der Barleistung und der Verlängerung der Dauer des zu zahlenden Wochengeldes, sowie der Einführung von Haus- und Wöchnerinnenpflege bringt die R.V.O. keine andere Erweiterung der Regelleistung. Der Regelleistung als Mindestleistung der K.-Kassen steht die Mehrleistung gegenüber, die die Kassensatzung bis zu einer gesetzlich vorgeschriebenen Höchstgrenze einführen kann. Die R.V.O. bringt auch hier mehrere Erweiterungen. U. a. wird von Anhängern der Mutterschaftsversicherung[2] die fakultative Gewährung des Stillgeldes begrüßt werden, das Wöchnerinnen neben dem Wochengeld in Höhe des halben Krankengeldes bis zum Ablauf der zwölften Woche auf Grund der Kassensatzung zustehen soll. Mit dieser Bestimmung ist ein erfreulicher Fortschritt in der Richtung gemacht worden, die die K.V. in den Dienst der allgemeinen Volkswohlfahrt und Hygiene stellen will. Den gleichen Zweck verfolgt die neue Bestimmung der R.V.O., wonach neben anderer Familienhilfe auch Wochenhilfe versicherungsfreien Ehefrauen von Versicherten geleistet werden kann. Dies ist eine nicht unbedeutende Erweiterung gegenüber dem alten Gesetze, das nichtversicherungspflichtigen Ehefrauen von K.-Kassenmitgliedern nur Schwangerschaftsunterstützungen zubilligte.

Trotz dieser Erhöhung der Leistungen werden manche Befürworter der staatlichen Mutterschaftsversicherung und der gesetzlichen Familienhilfe in ihren Erwartungen, die sie an die R.V.O. stellten, getäuscht sein. Ihre Forderungen aber, wie obligatorische Gewährung von Stillgeld und obligatorische Einführung der Familienhilfe als Regelleistung, würden so große Mittel beansprucht haben, daß sie die Leistungsfähigkeit der K.V. zurzeit erheblich überstiegen haben würden. Man hätte höchstens den Wünschen vielleicht durch kommunale Unterstützungen an die K.-Kassen entgegenkommen können. So hätte z. B. nach dem Vorbild des „Genter Systems für Arbeitslosenversicherung“ von den Gemeinden an diejenigen Orts- und Landkrankenkassen Zuschüsse gezahlt werden können, die obligatorisch Stillprämien und Schwangerschaftsunterstützung gewähren. Besonders wären diese kommunalen oder auch landesgesetzlichen Zuschüsse in Bezirken mit großer Säuglingssterblichkeit zu empfehlen gewesen, wie z. B. in Industriebezirken von Reuß j. L. und ä. L.,

[1] Nicht ohne Vorteil für die Versicherten, wie auch für die Kasse selbst wäre es gewesen, wenn die Hauspflege bei Wöchnerinnen ganz ohne Kürzung des Wochengeldes als Regelleistung durch die R.V.O. eingeführt worden wäre. Die Erfahrung lehrt, daß die mangelhafte Versorgung der Hauswirtschaft in sehr vielen Fällen die Wöchnerinnen veranlaßt, vorzeitig aufzustehen, wodurch oftmals der Grund zu schweren Leiden gelegt wird, die die Arbeitsfähigkeit vorübergehend, wenn nicht gar dauernd beeinträchtigen. Dies zu verhindern, würden die K.-Kassen durch freiwillige Hauspflege mit verhältnismäßig geringen Mitteln erzielt haben können. Es ist sehr wahrscheinlich, daß sogar ein Ausgleich dieser Ausgaben infolge Hebung der Gesundheit durch spätere Ersparnisse an Krankheitskosten erreicht worden wäre.

[2] III Nr. 8, Marschner.

Sachsen und dergl., oder auch in Gegenden mit vorwiegend landwirtschaftlicher Bevölkerung wie Bayern, Westpreußen usw., wo prozentual die höchste Säuglingssterblichkeit nachgewiesen ist. Ebenso könnte vielleicht z. T. die Familienhilfe obligatorisch durchgeführt werden. Die R.V.O. folgt bei Deckung der durch die fakultative Familienhilfe verursachten Kosten den alten Vorschriften der K.V.-Gesetze, wonach Kassen mit Familienhilfe von den Versicherten mit Familienangehörigen einen Zusatzbeitrag erheben können. Von wirtschaftlich schlechtgestellten Kassenmitgliedern wird indessen ein erhöhter Beitrag oftmals nur sehr schwer aufgebracht werden können, so daß schließlich die fakultative Familienhilfe unterbleiben muß. In diesem Falle müßten die Gemeindeverbände oder noch größere Landesverbände eintreten, um durch Zuschüsse die Familienhilfe zu ermöglichen. Damit würde sowohl die wirtschaftliche Lage der Versicherten gebessert, als auch die gesundheitlichen Verhältnisse der Arbeiterbevölkerung wesentlich gehoben werden. Die Armenpflege der einzelnen Gemeinden würde damit zugleich immer mehr und mehr verdrängt werden.

Neben den gesetzlich vorgeschriebenen bezüglich satzungsgemäß zugelassenen Leistungen der K.V., gestattet die R.V.O. den K.-Kassen neuerdings noch eine allgemeine Betätigung zum Zwecke der Krankheitsverhütungen, indem künftig Kassenmittel dafür, ebenso wie für die Beschickungen von Versammlungen, die dem Zwecke der K.V. dienen, verwendet werden dürfen. Dieses lang ersehnte Zugeständnis wird weitschauenden leistungsfähigen K.-Kassenverwaltungen ein weites Feld sozial nützlicher Betätigung eröffnen. Herstellung und Verteilung von Flugblättern, die gesundheitlich belehrend und aufklärend wirken, Abhaltung von Vorträgen, Errichtung oder Unterstützung von Auskunftsstellen zur Bekämpfung von Volkskrankheiten, Desinfektion der Wohnungen von Mitgliedern, die an einer ansteckenden Krankheit gelitten haben, Bau von Erholungs- und Genesungsheimen für ihre Patienten, Gründungen von Trinkerheilstätten und andere Aufgaben mehr werden künftig in den natürlichen Wirkungskreis der K.-Kassen einbezogen und damit den vielseitigen Wünschen moderner hygienischer Bestrebungen entsprochen werden können.

§ 5. Fortschrittliche Neuerungen in der inneren Organisation (Verfassung) der Krankenkassen. Besondere Regelung des Verhältnisses der Kassen zu ihren Angestellten, den Ärzten, Zahnärzten, Krankenhäusern und Apotheken.

Der oben gezeigten folgereichen Neuordnung der äußeren Organisation der K.-Kassen stellen sich einige anerkennenswerte Reformen der inneren Organisation zur Seite. Vor allem sind es die Ortskrankenkassen, bei deren Verwaltungsorganen verschiedene Mängel mit Hilfe des Gesetzes abgestellt worden sind. Es handelt sich hierbei besonders um das Fernhalten äußerer, namentlich parteipolitischer Einflüsse in

dem Kassenwesen, Beseitigung der absoluten Stimmenmehrheit bei Wahl und Abänderungen der ungünstigen Stellung, die den Arbeitgebern infolge der gesetzlichen Verteilung des Stimmrechtes bei der Kassenverwaltung zugewiesen war. Untersuchen wir, wieweit sich diese Mängel fühlbar machten und wie man sie zu beseitigen gesucht hat.

Der in der R.V. durchweg für die V.-Träger geltende Grundsatz der Selbstverwaltung ist bei der K.V. dahin verwirklicht, daß die Verwaltung der Kassen den Vorständen und den Generalversammlungen, künftig Ausschüsse genannt, übertragen ist, welche Körperschaften sich aus gewählten Vertretern der Kassenmitglieder und Arbeitgeber zusammensetzen. Dabei stehen den Versicherten bezüglich den Arbeitgebern entsprechend ihren Leistungen $^2/_3$ bezüglich $^1/_3$ der Ehrenämter in diesen Kassenorganen zu.[1] Soweit sind diese Bestimmungen auch von der R.V.O. übernommen worden, wie man aus der Zusammenstellung über „die Wahlen bei den K.-Kassen" ersehen kann. Jedoch sollen künftig die Wahlen zu den Ehrenämtern anders vollzogen werden.

Es ist nämlich die Tatsache festzustellen gewesen, daß „bisher in überaus zahlreichen Fällen in größeren Städten und in industriereichen Gegenden sogar ganz überwiegend die Kandidaten der Versicherten zu den Organen der Ortskrankenkassen von politischen oder gewerkschaftlichen Organisationen aufgestellt wurden, und daß die Wahlen auch auf deren Namen hin erfolgten". Da bei der Wahl die absolute Stimmenmehrheit entschied, so wurden die Minderheiten (einzelne kleine wirtschaftliche oder politische Verbände) meist von der Krankenkassenverwaltung in rücksichtsloser Weise ausgeschlossen. Daraus brauchte nun zwar noch nicht mit Notwendigkeit zu folgen, daß die so gewählten Ehrenbeamten der Kassen sich bei ihrer Verwaltungstätigkeit von Parteirücksichten leiten ließen. Doch ist es erklärlich, daß ihnen von der unterlegenen Partei ein gewisses Mißtrauen entgegengebracht wurde, was dem Ansehen der Kasse oftmals sehr schaden mußte. Dazu ist des öfteren direkt auch Parteiwirtschaft in verschiedenen Kassen nachgewiesen worden. Da sich nun bei Wahlen die verschiedenen Interessen politischer und gewerkschaftlicher Parteien oder nur nach Geschlecht, Beruf oder Stellung gebildete Vereinigungen kaum ausschalten lassen, so hat die R.V.O. dem gänzlichen Ausschluß von Minderheiten und dem Zufall von Mehrheitsbildungen durch Einführung der Verhältniswahl für alle Vorstands- und Ausschußwahlen der K.-Kassen zu begegnen gesucht. Mißtrauen, Unzufriedenheit und Interessenlosigkeit werden am besten dadurch gebannt werden, daß nunmehr auch Minderheitsgruppen entsprechend ihrer Zahl angemessen vertreten sind, an der Verwaltung teilnehmen und unter gegenseitiger Überwachung die Geschäfte ausüben. Trotz dieser Verhältniswahl

[1] Eine Ausnahme besteht bei der Innungskrankenkasse, wo auf Grund der Kassensatzung Arbeitgeber- und -nehmer die gleiche Vertreterzahl haben, wenn beide Teile je die Hälfte der Versicherungskosten tragen.

Die Wahlen und Zusammensetzung der Verwaltungsorgane bei den Krankenkassen.

	Wahl des Vorstandsvorsitzenden erfolgt durch	Wahl des Stellvertreters des Vorsitzenden erfolgt durch	Wahl der Vorstandsmitglieder erfolgt durch	Wahl der Vertreter im Ausschuß erfolgt durch
Allgemeine Orts-K.Kasse	die Vorstandsmitgl. aus ihrer Mitte in getrennter Wahl. Der zu Wählende muß die Stimmenmehrheit beider Gruppen erhalten.	die Vorstandsmitglieder aus ihrer Mitte in ungetrennter Verhältniswahl.	die getrennt wählenden Vertreter der Arbeitgeber ($^1/_3$) u. der Versicherten ($^2/_3$) im Ausschuß	die beteiligten volljährigen Arbeitgeber ($^1/_3$) u. die volljähr. Versicherten ($^2/_3$) in getrennter Verhältniswahl. Zahl der Ausschußvertreter: 90 höchstens
Land-K.Kasse	Gemeindeverband wählt Vorstand und dessen Stellvertreter, sowie Mitglieder des Vorstandes,		die zu $^1/_3$ den beteiligten Arbeitgebern u. zu $^2/_3$ den bei der Kasse Versicherten angehören müssen	Gemeindeverband wie bei den Vorstandsmitgliedern. Die Zahl der Ausschußvertreter: 90 höchstens
	Durch Landesgesetzgebung können die Wahlen wie bei den Organen der Allgemeinen Orts-K.Kasse erfolgen.			
Besondere Orts-K.Kasse	wie bei der Allgemeinen Orts-K.Kasse			
Betriebs- (und Bau-) K.Kasse	Keine Wahl: Arbeitgeber oder dessen Vertreter führt ohne weiteres den Vorsitz.	Bestellung durch den Arbeitgeber	die Vertreter der Versicherten im Ausschuß: $^2/_3$, $^1/_3$ Stimmen hat der Arbeitgeber	die volljährigen Versicherten der Kasse aus ihrer Mitte: $^2/_3$ $^1/_3$ Stimmen hat der Arbeitgeber im Ausschuß
Innungs-K.Kasse	Keine Wahl: Bestellung durch die Innung aus den Vorstandsmitgliedern.	Bestellung durch die Innung	die Vertreter der Arbeitgeber u. Versicherten je zur Hälfte, wenn die Vers.-Beiträge je zur Hälfte von den Arbeitgebern u. Versichert. aufgebracht werden	die beteiligten, volljährigen Arbeitgeber u. Versicherten wie bei der Wahl der Vorstandsmitglieder
			Sonst wie bei der Allgem. Orts-K.Kasse	
Ersatzkassen	Nach Bestimmung der Satzung bez. Landesgesetz			
Knappschaftl. K.Kassen	Nach Bestimmung der Satzung bez. Landesgesetz			

werden die Arbeitgeber in ihren Rechten bei der Verwaltung den Versicherten gegenüber im Nachteil bleiben, da ihnen nur $^1/_3$ der Stimmen zukommt. Durch den Entwurf der R.V.O. war auch hier ein Ausgleich angestrebt worden dadurch, daß den Arbeitgebern und Versicherten in der K.V. gleiche Rechte und Pflichten eingeräumt werden sollten, d. h. mit anderen Worten, daß beide Teile gleiche Stimmenzahl bei der Verwaltung erhalten, und dafür zu gleichen Teilen die Beiträge zur K.V. tragen sollten. Dieser Vorschlag, Arbeitgeber und -nehmer zur Förderung gemeinsamer Interessen und Pflichten heranzuziehen, hat jedoch leider nicht die Zustimmung der Reichstagsmehrheit gefunden. Besonders sträubten sich die Arbeitnehmer, das alte Recht aufzugeben, zumal sie mit Halbierung der Stimmen eine Bevormundung durch die Arbeitgeber bei der Kassenverwaltung befürchteten. Auch wurde von verschiedenen Seiten Bedenken gegen die neue Belastung der Arbeitgeber infolge der Erhöhung ihrer Beitragsanteile geltend gemacht, die vor allem für kleine Unternehmer, insbesondere auch für den niederen Bauernstand schwer zu tragen gewesen wären. Um indessen das oft zu sehr ausgenutzte Übergewicht der Versicherten bei der Kassenverwaltung etwas zu beschränken, hat die R.V.O. ein besonderes Verfahren für die Wahl des Kassenvorsitzenden der Ortskrankenkasse vorgeschrieben. Nach dem alten Rechte waren bei der Wahl des Kassenvorsitzenden aus der Mitte der Vorstandsmitglieder nicht selten Mißstände vorgekommen, indem z. B. mit rücksichtsloser Majorisierung Personen von den Versicherten gewählt wurden, deren Wahl von den Arbeitgebern nicht gebilligt, aber auch infolge der Stimmenminderheit nicht entgegengetreten werden konnte. Verärgerung hierüber und Interessenlosigkeit der Arbeitgeber an der Kassenverwaltung, auf die ja sie doch einmal keinen Einfluß haben konnten, war die natürliche Folge. Der Gesetzgeber sucht hier künftig eine Vermittlung herbeizuführen. Man hält zwar weiter daran fest, daß der Vorsitzende der Ortskrankenkasse durch Wahl der Arbeitgeber und der Versicherten im Vorstande aus ihrer Mitte bestellt wird. Hierzu wird jedoch die paritätische Beschlußfassung vorgeschrieben, so daß sich also die Mehrheit beider Gruppen in gesonderter Wahl auf den zu Wählenden vereinigen muß. Falls eine solche Vereinigung beider Parteien selbst nach einem zweiten Wahlgange an einem anderen Tage nicht zustande kommen sollte, dann wird das V.A. ermächtigt, bis zu einer gültigen Wahl einen Vertreter zu bestellen, der Rechte und Pflichten des Vorsitzenden auf Kosten der Kasse ausübt. Mit dieser Regelung der Vorsitzendenwahl ist eine recht geeignete Möglichkeit geschaffen worden, mit der Leitung des Vorstandes, wo Arbeitgeber und Versicherte nebeneinander zum Wohle der Kasse wirken sollen, eine möglichst neutrale, unparteiische Person zu betrauen, die das Vertrauen zum mindesten der Mehrheit beider Teile genießt. Der berechtigte Unwille der Arbeitgeber wird damit beseitigt und ihre Bereitwilligkeit zur Mitarbeit an der Kassenverwaltung gestärkt werden. Anders wie bei den Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen soll sich die Wahl zu den Ehrenämtern

bei der Landkrankenkasse vollziehen[1], weswegen, wie schon an anderer Stelle einmal gesagt wurde, diese neugeschaffene Kassenart sich nicht gerade einer allgemeinen Beliebtheit erfreuen wird. Es sollen hier alle Wahlen zu den Ehrenämtern durch den Gemeindeverband erfolgen, weil man glaubt, daß „die ländlichen Arbeiter vielfach mit der Ausübung von Selbstverwaltungsrechten, insbesondere bei den Wahlen noch minder vertraut, und bei großen Entfernungen weit weniger dazu in der Lage seien".[2] Man muß bezweifeln, ob die angeführten Gründe in allen Fällen stichhaltig genug sind, um die Mitglieder von Landkrankenkassen von der Wahl zu den Kassenorganen auszuschließen, und sie so eines großen Teiles ihres direkten Einflusses auf die Verwaltung zu berauben. Denn die Vertretung im Vorstand und Ausschuß, die ihnen der Gemeindeverband wählt, wird nur eine von den Arbeitgebern abhängige Scheinvertretung sein, da die Arbeiterschaft an der Wahl hierzu kaum beteiligt ist. Ist sie doch noch zurzeit in vielen ländlichen Gemeindeverwaltungen ganz selten, in den meisten Kreistagen oder Distriktsräten noch viel weniger vertreten. Das Ziel ausgleichender Gerechtigkeit muß es sein, auch bei der Vertreterwahl die Landarbeiter und die sonstigen in der Landkrankenkasse Versicherten mit den Mitgliedern anderer Kassenarten gleichzustellen. Aus diesem Grunde ist es nur zu wünschen, daß die obersten Verwaltungsbehörden recht ergiebig von der Bestimmung der R.V.O. Gebrauch machen, wonach sie bei den Landkrankenkassen das gleiche Wahlverfahren wie bei den Ortskrankenkassen vorschreiben können. Nur die von den Versicherten und Arbeitgebern selbstgewählten Kassenorgane können das unumschränkte Vertrauen der Beteiligten genießen, und die beste Gewähr einer möglichst nach allen Seiten hin befriedigenden Geschäftsführung bieten.

Bei dem Aufbau und der Zuständigkeit der Organe aller Kassenarten hat die R.V.O. noch einige andere erwähnenswerte Abänderungen getroffen. An die Stelle der Generalversammlung ist allgemein ein Ausschuß getreten, den die Gesamtheit der an der Kasse beteiligten volljährigen Arbeitgeber und Versicherten aus ihrer Mitte wählen. Während früher die Generalversammlung entweder aus sämtlichen Kassenmitgliedern oder aus deren Vertretern (letztere dann immer, wenn die Mitgliederzahl der K.-Kasse 500 überstieg) und aus Vertretern der beteiligten Arbeitgeber bestand, wird künftig immer der Ausschuß sich zu $^1/_3$ aus Vertretern der beteiligten Arbeitgeber und zu $^2/_3$ aus den Vertretern der Versicherten zusammensetzen und insgesamt höchstens 90 Personen zählen. Die Erfahrung hat gelehrt, daß zahlreich besetzte Mitgliederversammlungen, wie die Generalversammlungen nicht gerade die sachliche und gedeihliche Behandlung der Geschäfte einer Körperschaft fördern, so daß eine Beschränkung der Vertreterzahl recht angebracht war. Ein gutes und schnelles Arbeiten des Ausschusses ist aber umso nötiger, nachdem ihm von der R.V.O.

[1] Vgl. Übersicht S. 44.
[2] I Nr. 50.

eine größere Zahl wichtiger Kassenangelegenheiten neu zugewiesen worden ist; soll doch nach § 345 der R.V.O. künftig der Ausschuß über alles beschließen," was nicht Gesetz, Satzung oder Dienstordnung dem Vorstand zuweisen. Insbesondere soll seinem Beschluß vorbehalten bleiben:

1. Den Voranschlag festzusetzen,
2. die Jahresrechnung abzunehmen,
3. die Kasse gegenüber den Vorstandsmitgliedern zu vertreten,
4. Vereinbarungen und Verträge mit anderen Kassen zu beschließen,
5. die Errichtung von Melde- und Zahlstellen zu beschließen,
6. die Satzung zu ändern,
7. die Kasse aufzulösen oder mit anderen Krankenkassen freiwillig zu vereinigen.

Bei diesen Vorschriften sind es vor allem die unter 4 und 5 genannten Rechte, die dem Ausschuß neu die Befugnis geben, über wichtige folgereiche Maßnahmen zu entscheiden. Auch zur Vertretung der Kasse bei Erwerb, Veräußerung oder Belastung von Grundstücken soll künftig der Ausschuß mit hinzugezogen werden. Ein neues Recht des Ausschusses besteht endlich noch darin, daß künftig seiner Zustimmung bedürfen:

1. Die vom Vorstand aufgestellte oder geänderte Dienstordnung für die Angestellten,
2. Vorstandsbeschlüsse über Errichtung von Krankenhäusern und Genesungsheimen.

Mit diesen Bestimmungen hat die R.V.O. die Zuständigkeit des Ausschusses nicht nur wesentlich erweitert, sondern auch gegenüber dem Vorstande bedeutend besser abgegrenzt, als das alte K.V.-Gesetz, das sicherlich ein ersprießliches Zusammenarbeiten beider leitender Kassenorgane erhöhen wird. Nicht alle Geschäfte der Kasse lassen sich durch ehrenamtliche Verwaltung bewältigen. Dies ist um so weniger möglich, je größer die Kasse ist. Die einzelnen Kassen haben daher im Laufe der Zeit eine mehr oder weniger größere Zahl von Angestellten zur Erledigung der laufenden Verwaltungsgeschäfte heranziehen müssen, so daß sich schließlich ein ganzer Stab von Angestellten bei verschiedenen K.-Kassen gebildet hat, dessen besoldete Tätigkeit im Dienste der K.-Kasse den dauernden Haupt- und Lebensberuf bildet. Die Beziehungen der Kassen zu ihren Beamten waren durch das alte K.V.-Gesetz so gut wie gar nicht geregelt, was seit Jahren Klagen und Unzuträglichkeiten veranlaßt hat. Die R.V.O. schafft auch hier Wandel. Durch das neue Gesetz selbst und durch das obligatorische Einführen einer Dienstordnung mit einem Besoldungsplan soll künftig der Willkür der Kassenorgane bei Besetzung der Stellen von Kassenbeamten entgegengetreten, die Sicherheit der Stellung bis zu einem gewissen Grade in ihren berechtigten Ansprüchen gewährleistet, und auch die Kasse selbst vor Verstößen ihrer Angestellten gegen die Pflichten beschützt werden. Dabei ist vor allem wichtig, daß bei Besetzung der Kassenbeamtenstellen auch den Arbeitgebern

ein größeres Recht als früher eingeräumt wird. Nach der R.V.O. soll die Anstellung von Beamten der Kasse ähnlich wie bei den Kassenvorsitzenden nur noch durch übereinstimmende Beschlüsse beider Gruppen, der Arbeitgeber- und der Versichertenvertreter, im Vorstande erfolgen. Falls selbst bei einer zweiten Beschlußfassung keine Einigung erzielt werden sollte, kann die Anstellung in einer weiteren Vorstandssitzung mit $^2/_3$ Mehrheit sämtlicher Anwesenden (durch geschlossene Wahl der Arbeitgeber- und Versichertenvertreter zusammen) beschlossen werden, welcher Beschluß jedoch der Zustimmung des V.-Amtes bedarf. Dieses soll die Bestätigung versagen können, wenn dem Vorgeschlagenen die erforderliche Fähigkeit oder Zuverlässigkeit, insbesondere für eine unparteiische Wahrnehmung seiner Dienstgeschäfte fehlt. Wird die Anstellung eines Kassenbeamten endgültig durch das O.V.-Amt versagt, oder kommt überhaupt kein Anstellungsbeschluß zustande, so kann das V.A. auf Kosten der Kassen widerruflich die erforderlichen Personen bestellen. Für die Angestellten ist vom Vorstande eine Dienstordnung mit einem Besoldungsplan aufzustellen, denen der Kassenausschuß zuzustimmen und das O.V.-Amt die Genehmigung zu erteilen hat. Im Falle der Weigerung der Einführung einer Dienstordnung stellt das O.V.A. die Dienstordnung rechtsverbindlich fest. In ihr muß der Nachweis der fachlichen Befähigung des Kassenbeamten, ihre Zahl, die Art der Anstellung (ob auf Lebenszeit oder nach Landesrecht unwiderruflich oder mit Anrecht auf Ruhegehalt), die Kündigung oder Entlassung und die Festsetzung von Strafen geregelt sein. Die Kündigung und Entlassung der auf Grund der Dienstordnung Angestellten kann ebenfalls nur durch übereinstimmende Beschlüsse der Arbeitgeber und Versicherten im Vorstand und, wenn solche nicht zustande kommen, auf Beschluß der gesamten Vorstandsmehrheit erfolgen, welcher Beschluß aber die Zustimmung des Vorsitzenden des V.-Amtes erheischt. Das Gesetz schreibt dazu besonders vor, daß Angestellte, die ihre dienstliche Stellung oder ihre Dienstgeschäfte zu einer religiösen oder politischen Betätigung mißbrauchen, nach wiederholter Warnung entlassen werden müssen. Von der Notwendigkeit und Bedeutung dieser von der R.V.O. neu vorgeschriebenen Dienstordnung wird man am besten überzeugt durch die Mißstände, die die Ausnutzung des Übergewichtes politischer Parteien vor allem in den Organen der Ortskrankenkassen bei der willkürlichen Bestimmung des Rechts- und Dienstverhältnisses der Angestellten zeitigten. Zahlreiche Klagen[1] berichten darüber, daß bei der Anstellung der Kassenbeamten häufig nicht die sachliche Befähigung und erwiesene Tüchtigkeit des Bewerbers, sondern vielmehr die politische Gesinnung und bewährte Parteirührigkeit den Ausschlag gegeben hat. Die meisten Vorwürfe dieser Art treffen die Sozialdemokratie, die gern ihre Agitatoren als Beamte in einer K.-Kasse unterbrachte. Wo sozialdemokratische Angestellte

[1] Dr. Möller, Die Herrschaft der Sozialdemokratie in der K.V. I Nr. 52 a. a. O., II. Teil S. 249ff.

einmal Fuß gefaßt hatten, da ließen sie sich nicht wieder so leicht verdrängen. Eine einwandfreie Bestätigung dieser Tatsachen erfolgte bei den Verhandlungen der Reichstagskommission über den Entwurf der R.V.O., wo mehrere Normalverträge für Anstellung der Krankenkassenbeamten zwischen dem sozialdemokratischen Verband der Bürobeamten der Krankenkassen- und Berufsgenossenschaften und dem sozialdemokratischen Verband der Ortskrankenkassen aus den Jahren 1906 und 1908 vorgelegt wurden.[1] Diese Verträge haben offenbar die Absicht verfolgt, die sozialdemokratischen Angestellten der K.-Kassen in ihren Stellungen derart zu sichern, daß bei einem Wechsel der Verwaltung oder bei einer Änderung der Gesetzgebung ihre Entlassung so gut wie ausgeschlossen war. Sollte doch unter Umständen einem Angestellten nicht gekündigt werden können, selbst wenn die Geschäftsführung eine Verminderung des Geschäftspersonals angezeigt erscheinen ließ. Ja eine Entlassung sollte selbst dann nicht einmal möglich sein, wenn der Angestellte wegen Hoch- und Landesverrat, wegen Beschimpfung der Religionsgemeinschaften, wegen Gotteslästerung und dergl. zu hohen Gefängnis- und Zuchthausstrafen verurteilt worden war, vorausgesetzt, daß ihm nicht zugleich auch die bürgerlichen Ehrenrechte aberkannt waren. Die wenigen hier herausgestellten Punkte aus diesen Vertragsformularen werden schon allein genügend die Entscheidung des „Preußischen Oberverwaltungsgerichts" vom 21. März 1910 begründen, das diese und ähnliche Verträge „als gegen die guten Sitten und gesetzlichen Vorschriften verstoßend bezeichnete."[2] Wie vielfach solche „gegen die guten Sitten verstoßende" Verträge bestanden, ergab eine Erhebung des Reichsamtes des Innern, deren Ergebnis ein Regierungsvertreter in den Kommissionsberatungen zur R.V.O. mitteilte. Trotzdem diese Erhebungen sich in Preußen nur auf etwa die Hälfte der Regierungsbezirke beschränkten, waren allein aus Preußen 680, dazu noch aus Bayern 190 und aus Sachsen 192 Verträge bekannt geworden, die nach dem angeführten Urteil des „Preußischen Oberverwaltungsgerichtes" wegen ihres Inhaltes anfechtbar waren.[3] Wenn man von solchen und vielen ähnlichen Mißbräuchen bei Besetzung der Beamtenstellen der K.-Kassen Kenntnis nimmt, ermißt man leicht den großen Fortschritt der R.V.O. mit ihrer paritätischen Beschlußfassung der beiden Gruppen im Vorstande bei Anstellung und Entlassung der Beamten und der genauen Regelung der Verhältnisse der Kassen zu ihren Angestellten durch die obligatorische Dienstordnung. Eine Menge unliebsamer Reibungen einzelner Interessentengruppen werden dadurch hoffentlich vermieden, und der scharfe politische Geist, der bei der Verwaltung vieler K.-Kassen zu oft sehr unliebsam zur Geltung kam, wird ausgeschlossen werden.

Weniger geglückt ist es dem neuen Reformgesetz, auch eine befriedigende Lösung der gesetzlichen Regelung des Verhältnisses der K.-Kassen zu den Ärzten herbeizuführen, die umso dringender

[1] I Nr. 52 a. a. O., II. Teil Anl. 1—4.
[2] I Nr. 52 a. a. O., II. Teil Anl. 3.
[3] I Nr. 52 a. a. O., II. Teil S. 249ff.

schien, als seit Jahren ein scharfer Gegensatz zwischen Ärzten und K.-Kassen zutage getreten ist. Die Quelle dieser Unzuträglichkeiten ist in dem sogen. durch die K.V. herausgebildeten „Kassenarztsystem" zu erblicken. Danach schreibt die K.-Kasse dem Versicherten die ärztliche Behandlung bei einem bestimmten Arzte vor, mit dem sie einen Vertrag abgeschlossen, oder den sie überhaupt dauernd angestellt hat. Zahlreiche Vorwürfe werden gegen dieses System geltend gemacht. Insbesondere wird von den Ärzten über zu geringe Honorierung und unwürdige Behandlung durch den Kassenvorstand geklagt. Ein nicht abzuleugnender Haupteinwand ist weiter der, daß dadurch größere Gruppen der Bevölkerung für den freien Wettbewerb der Ärzte ausgeschlossen werden. So kam es denn, daß sich große ärztliche Vereinigungen zur Wahrung ihrer Interessen bildeten, die sich zum großen Teil in dem Leipziger Verband mit zurzeit gegen 26000 Mitgliedern zusammenschlossen. U. a. wurde von diesem Verbande seit Jahren sehr nachdrücklich die Einführung der „beschränkt freien Arztwahl" gefordert, wonach dem Versicherten im Erkrankungsfalle die Wahl unter allen denjenigen Ärzten zustehen soll, die sich bereit erklärt haben, die ärztliche Behandlung zu den von der Kasse und der Ärztevereinigung vereinbarten Bedingungen zu übernehmen. Um diese und ähnliche Forderungen durchzusetzen, kam es nicht selten zur Boykottierung der K.-Kassen und zu Ärztestreiks, die teils mit dem Siege der Ärzte endeten, so daß die beschränkt freie Arztwahl bei verschiedenen K.-Kassen eingeführt wurde. Durch derartige Kämpfe wurde natürlich oftmals geradezu die ordnungsmäßige ärztliche Versorgung der erkrankten Versicherten in Frage gestellt und damit eine schwere öffentliche Notlage geschaffen. Dies ist auch der Grund, weshalb man wiederholt eine öffentlich-rechtliche Regelung des Verhältnisses der Kassen zu den Ärzten anstrebte. Es würde über die Aufgabe dieser Abhandlung hinausgehen, wollte ich hier auf die verschiedenen Vorschläge, die zu diesem Zwecke gemacht wurden, eingehen, worüber zudem eine reichhaltige Literatur Aufschluß gibt.[1] Sehen wir daher sogleich, welche Lösung, wenn man überhaupt in diesem Falle von einer solchen sprechen kann, die R.V.O. in dieser Frage bringt. Nach wie vor soll der Grundsatz gelten, daß die Beziehungen zwischen K.-Kassen und Ärzten durch schriftlichen Vertrag frei geregelt werden kann. Kassenarztsystem und freie Arztwahl können daher nach dem Gesetze je nach den Verhältnissen bei den Kassen bevorzugt werden. Der Vorteil der Vertragsfreiheit ist unverkennbar. Würde man z. B. gesetzlich nur die beschränkt freie Arztwahl vorgeschrieben haben, wie sie von dem Leipziger Ärzteverband gefordert wurde, so würden die Kassen ihre Verträge nur mit der Mehrheit der in ihrem Bezirke wohnenden Ärzte haben abschließen können. Es ist als sicher anzunehmen, daß die gute ärztliche Standesorganisation stets wie zum Teil schon jetzt als geschlossenes Ganze aufgetreten wäre, um die Bedingung für ihre Tätigkeit den Kassen unumschränkt vorzuschreiben. Durch einen

[1] II Nr. 25 a. a. O. u. III Nr. 6.

Wechsel des Arztsystems, z. B. durch feste Anstellung eines Kassenarztes, wird dagegen eine ärztliche Konkurrenz geschaffen, die bis zu einem gewissen Grade den Kassen ein Entgegenkommen von seiten der Ärzte sichert. Überdies soll künftig das Kassenarztsystem bei leistungsfähigen K.-Kassen eine Einschränkung erfahren. Es sollen die Kassen, soweit sie dadurch nicht erheblich mehr belastet werden, ihren Mitgliedern die Auswahl zwischen mindestens 2 Ärzten und, wenn der Versicherte die Mehrkosten übernimmt, die Auswahl unter allen von der Kasse bestellten Ärzten freilassen. Um jedoch die Kasse vor willkürlichem und allzu häufigem Wechsel zu schützen, was die Krankenkontrolle erschweren und die Kosten erhöhen könnte, soll auf Grund der Satzung der Behandelte während desselben Versicherungsfalles oder Geschäftsjahres den Arzt nur mit Zustimmung des Vorstandes wechseln dürfen. Mit der zu billigenden weiteren Anerkennung der Vertragsfreiheit werden keineswegs die Meinungsverschiedenheiten und Kämpfe zwischen den Ärzten oder ihren Organisationen und den K.-Kassen beseitigt werden. Um in diesen Fällen einen leichten Ausgleich zwischen den streitenden Parteien zu ermöglichen, hätte der Gesetzgeber gern einen geeigneten Weg zu einer Einigung vorgezeichnet. Leider fanden die Vorschläge[1], die der Entwurf zu diesem Zwecke machte, nicht die Zustimmung der Kommission und des Reichstages, so daß die Regelung der Arztfrage auf halbem Wege Halt machen und so gut wie unterbleiben mußte. Die R.V.O. begnügt sich infolgedessen nur mit der Vorschrift, daß die Kassen mit der Ermächtigung des O.V.-Amtes statt ärztlicher Hilfe eine bare Leistung bis zu $^2/_3$ des Durchschnittsbetrages des gesetzlichen Krankengeldes ihren erkrankten Versicherten gewähren können, wenn sie keinen Vertrag zu angemessenen Bedingungen mit einer ausreichenden Zahl von Ärzten schließen können, oder wenn von den Ärzten der Vertrag nicht eingehalten wird. Damit wird wenigstens verhindert werden können, daß die Kassen gegenüber der festgeschlossenen Macht der Ärztevereinigungen in eine Zwangslage kommen. Denn gerade die Pflicht zur Gewährung ärztlicher Hilfe war bisher von den Ärzten, nachdem sie sich zu mächtigen Standesorganisationen zusammengefunden hatten, durch Verweigerung der Übernahme der Kassenpraxis zu rückhaltloser Durchführung grundsätzlicher Forderung ausgenutzt worden. Ein solcher Druck auf die Kassen ist nun künftig infolge der von der R.V.O. eingeräumten Abfindungsmöglichkeit statt ärzt-

[1] In Anlehnung an die in Württemberg mit Erfolg bestehenden Revisions-, Einigungs- und Schiedsgerichtseinrichtungen des Eßlinger Delegiertenverbandes und des Württembergischen K.-Kassenverbandes schlug der Entw. zur R.V.O. die reichsgesetzliche Einrichtung von Vertragsausschüssen und Schiedsinstanzen für die Bezirke von O.V.-Ämtern vor. Sie sollten zu gleichen Teilen aus Vertretern der Kassen und der Ärzte bestehen. Ihre Aufgabe würde nach dem Entw. darin bestanden haben, für die Ärzteverträge allgemeine den Verhältnissen des Bezirkes entsprechende Grundsätze, namentlich Höhe und Art des Entgeltes festzusetzen, als Einigungsamt ähnlich wie z. B. die Gewerbegerichte zu fungieren und endlich bei allen Streitigkeiten aus bestehenden Verträgen zu entscheiden. Im Falle, daß es zu keiner Einigung der Vertragsgrundsätze gekommen wäre, hätte diese das O.V.-Amt erlassen sollen. Vgl. I Nr. 52 a. a. O., II. Teil S. 272ff.

licher Hilfe nicht mehr in dem Maße wie früher möglich. Trotzdem wird immerhin noch der Kampf zwischen den Ärzteorganisationen und den Kassen in scharfer Weise geführt werden können, ohne daß die R.V.O. überhaupt einen Weg zum Ausgleich der Gegensätze weist. Eine recht gute Grundlage zur Vermittlung wäre sicherlich durch die Verwirklichung der von dem Entwurfe zur R.V.O. vorgeschlagenen Vertragsausschüsse geschaffen worden, was im Interesse einer gesicherten und ordnungsmäßigen Durchführung der K.V. nur zu wünschen gewesen wäre.

Besseren Erfolg hat der Entwurf mit seinem Vorschlag betreffend die Apothekerfrage gehabt. Danach hat die R.V.O. die beschränkte freie Apothekenwahl eingeführt. Darunter ist dasjenige System zu verstehen, nach dem ein Kassenvorstand durch die Satzung ermächtigt wird, wegen Arzneilieferungen an die Versicherten mit einem oder mehreren Apothekenbesitzern innerhalb des Kassenbereiches oder auch nach Genehmigung des V.-Amtes über diesen hinaus Vorzugsbedingungen zu vereinbaren. Hat ein solches Abkommen stattgefunden, so sollen ihm künftig auch alle im Bezirke der Kasse wohnenden Apotheker unter den gleichen Bedingungen beitreten dürfen. Für die Einschränkung des bisherigen K.-Kassenrechtes, wonach die Kassen zur Arzneilieferung nur bestimmte Apotheken zulassen konnten, sprachen hauptsächlich Gründe allgemeiner Art. Durch einseitige Sonderverträge der K.-Kassen mit einzelnen Apotheken konnte bisher den anderen nicht begünstigten Schwesterbetrieben unter Umständen ein ungerechtfertigter Schaden durch Entziehung eines beträchtlichen Teiles des Kundenkreises erwachsen, der für die Anlage und Konzessionierung der so benachteiligten Apotheken bestimmend war. Da nun der Apothekenbetrieb kein freies Gewerbe, sondern durch die notwendige staatliche Konzession, durch Vorschriften über Einrichtung, Betrieb und Besichtigung der Apotheken, sowie über Zubereitung, Aufbewahren, Bereithalten und einheitliche feste Preise der Heilmittel beschränkt ist, so ist ein gewisser gesetzlicher Schutz durch die beschränkt freie Apothekerwahl gerechtfertigt. Dadurch wird verhindert werden, daß einzelne Apotheker die Lieferung für die K.-Kassen an sich reißen, und ihre Kollegen von der Kassenlieferung unter den gleichen Bedingungen ausschließen können. Zugleich wird damit auch den Versicherten gedient, die die Heilmittel nicht mehr aus einer beschränkten Anzahl ganz bestimmter Apotheken zu holen brauchen, die z. B. in Großstädten mitunter weit entfernt von dem Wohnsitz der Versicherten gelegen waren. Allerdings wird es den Kassen infolge der Beschränkung der Vertragsfreiheit nicht mehr so leicht möglich werden, durch Sonderabmachungen mit einzelnen Apothekern, die ihre Kollegen unterbieten, noch weitergehende Preisermäßigungen zu erzielen. Um aber auch den K.-Kassen weiterhin günstige Bezugsbedingungen zu sichern, wird ihnen künftig in allen Bundesstaaten[1]

[1] Rabatt auf Rezepturwaren war schon bisher in einzelnen Bundesstaaten nach der Gewerbeordnung zulässig und vorgeschrieben.

auf Grund der R.V.O. ein Abschlag auf die Arzneipreise gewährt werden müssen, dessen Höhe je nach den örtlichen Verhältnissen und nach dem Umsatze von der obersten Verwaltungsbehörde bestimmt wird. Außerdem sorgt die R.V.O. dafür, daß die Kassen bei den Preisen für die sogen. Handverkaufsartikel zum mindesten mit der Privatkundschaft der Apotheken gleichgestellt werden. Infolge der zur Kontrolle und Abrechnung notwendigen Einrichtung, wonach an K.-Kassenmitglieder im Versicherungsfalle selbst Handverkaufsartikel der Apotheken nur im Rezepturwege abgegeben werden durften, mußten die Kassen für diese Waren mangels einer anderen Vereinbarung nicht selten höhere Preise (die Rezepturpreise) als die privaten Käufer bezahlen. Die hierüber geführte lebhafte Klage wird nun durch die R.V.O. abgestellt. Die höheren Verwaltungsbehörden setzen künftig mit Rücksicht auf die örtlichen Verhältnisse und die im Handverkauf üblichen Preise die Höchstpreise von solchen einfachen Arzneimitteln fest, die sonst ohne ärztliche Verschreibung abgegeben zu werden pflegen. So hat denn die R.V.O. durch die beschränkte freie Apothekenwahl und Festsetzung der Höchstpreise für Handverkaufsartikel zwischen Apotheken und Kassen unter gewissen Opfern beider eine gesetzliche Regelung gebracht, die wiederholt geäußerte Wünsche befriedigen und die wesentlichsten Ursachen früherer Streitigkeiten zwischen beiden Teilen beseitigen wird.

Zweiter Abschnitt.

Fortschritte der R.V.O. in der Invalidenversicherung und die neugeschaffene Hinterbliebenenversicherung.

§ 6. Fortschritte in der Invalidenversicherung bei den Vorschriften über die Versicherungspflicht und Versicherungsleistungen.

Bei der I.V. hat die R.V.O. an den Grundzügen des alten I.V.-Gesetzes vom 13. Juli 1899 festgehalten und sich nur auf deren weitere Ausgestaltung beschränkt. Wie wir bereits sahen, ist der Kreis der Versicherungspflichtigen für das Gebiet der Kranken- und Invalidenmit der neuen Hinterbliebenenversicherung grundsätzlich gleichartig gestaltet worden, indem man den Personenkreis der alten I.V. zugrunde legte, ohne ihn wesentlich zu erweitern. Allerdings ließ sich dabei keine völlige Gleichheit erzielen. Denn die R.V.O. hat wohl die K.V. auf die der I.V. bisher unterliegenden Personen ausgedehnt, konnte aber umgekehrt aus verschiedenen Gründen nicht die Versicherungspflicht der I. und H.V. auf alle die Kreise erstrecken, die bereits jetzt der K.V. unterworfen waren oder durch das neue Gesetz unterworfen worden sind. So sind denn entgegen der K.V. die Hausgewerbetreibenden und die ohne Entgelt beschäftigten Lehrlinge nicht in die I.V. einbezogen worden, während andererseits der Begriff der

Schiffsbesatzung deutscher Seefahrzeuge und der Besatzung von Fahrzeugen der Binnenschiffahrt bei der I.V. erheblich weiter gefaßt ist. Obwohl die obligatorische Heranziehung der Hausindustrie zur I. und H.V. einem ebenso großen Bedürfnis entsprochen haben würde, wie ihre Einbeziehung in die K.V., so hat man dennoch mit Rücksicht auf ihre wirtschaftliche Lage zurzeit noch davon absehen müssen, da sie durch eine neue zweifache Beitragsleistung für die K. und die I.V. gleich zu sehr belastet worden wäre. Aus diesem Grunde und auch wegen versicherungstechnischer Schwierigkeiten, besonders wegen des oft verwickelten Beschäftigungsverhältnisses, hat man es daher dem Bundesrat weiterhin überlassen, nach Ermessen die Versicherungspflicht für die I.V. auf die Hausgewerbetreibenden ohne Rücksicht auf die Zahl ihrer hausgewerblich Beschäftigten zu erstrecken. Von dieser Befugnis hat der Bundesrat bisher nur hinsichtlich der Hausgewerbetreibenden der Tabakfabrikation[1] und hinsichtlich eines großen Teiles von Hausgewerbetreibenden der Textilindustrie, hauptsächlich der Weberei und Wirkerei mit ihren Nebenbetrieben[2] Gebrauch gemacht, die nach Art ihrer Beschäftigungsverhältnisse dem Fabrikbetriebe nahestehen.[3] Man wird in der Annahme nicht fehlgehen, daß in nicht mehr ferner Zukunft auch die anderen hausgewerblichen Berufe obligatorisch in die I.V. einbezogen werden können, nachdem die K.V. mit ihrer neuen Versicherungspflicht für die gesamte Hausindustrie die versicherungstechnischen Schwierigkeiten beseitigt und damit für die I.V. zugleich Mittel und Wege zu ihrer erfolgreichen Durchführung gezeigt haben wird. Entgegen der K.V. hat die I.V. weiterhin an ihrer alten Voraussetzung festgehalten, daß für die Betriebsbeamten, Handlungs- und Apothekengehilfen und -Lehrlinge, Bühnen- und Orchestermitglieder, Lehrer und Erzieher[4] eine Versicherungspflicht nur bis zu einem Jahreseinkommen von 2000 Mark bestehen soll. Daß man diese Grenze nicht erhöht hat, ist hauptsächlich im Hinblick auf die inzwischen auch in Kraft getretene Angestelltenversicherung[5] geschehen, die für jene Klassen eine Versicherungspflicht bis zum Jahreseinkommen von 5000 Mark vorschreibt. Auch hätte wohl dann der Aufbau der I.V. mit den alten 5 Lohnklassen kaum weiter beibehalten werden können, wie wir weiter unten sehen werden. Von einer Ausdehnung der V.-Pflicht wie bei der K.V. auf beschäftigte Personen unter 16 Jahren oder auf solche, die kein Entgelt oder als Entgelt nur freien Unterhalt vom Arbeitgeber für ihre Tätigkeit erhalten, sieht mit Recht die R.V.O. gleichfalls fernerhin ab. Denn damit würde einer Anzahl minderwertiger Personen, wie Epileptikern, Idioten, die weder Kraft noch Intelligenz erfordernde Arbeiten verrichten, eine erwünschte Gelegenheit gegeben werden, die Versicherung nach einer kurzen Mitgliedschaft bereits in ganz jungem Alter auszubeuten.

[1] R.G.Bl. 1891 S. 395.
[2] R.G.Bl. 1894 S. 324 und 1895 S. 452.
[3] Rosin, Recht der Arbeiterversicherung II. T. § 22.
[4] Vgl. S. 18 Nr. 2—5.
[5] R.G.Bl. 1911 S. 989.

So erfolgt schließlich eine Erweiterung des Kreises der versicherungspflichtigen Personen in der I.V. gegen früher nur durch die Gehilfen und Lehrlinge in Apotheken, durch die Bühnen- und Orchestermitglieder ohne Rücksicht auf den Kunstwert ihrer Leistungen und schließlich durch Deutsche, die bei einer amtlichen Vertretung des Reiches oder eines Bundesstaates im Auslande oder bei deren Leitern oder Mitgliedern beschäftigt sind.

Zur Durchführung der I.V. und damit auch für die H.V. hat man für die Versicherten nach der Höhe ihres durchschnittlichen Jahresarbeitsverdienstes Lohnklassen gebildet, die für die Versicherungsbeiträge und die Rentenberechnungen ausschlaggebend sind. Die R.V.O. hat an den alten 5 Lohnklassen:

Klasse	I	bis zu	350	Mark								
„	II	von mehr als			350	Mark	bis zu			550	Mark	
„	III	„	„	„	550	„	„	„	850	„		
„	IV	„	„	„	850	„	„	„	1150	„		
„	V	„	„	„	1150							

festgehalten, obwohl eine Anfügung neuer Lohnklassen dringend wünschenswert gewesen wäre. Die Notwendigkeit neuer Lohnklassen wird vor allem dadurch begründet, daß die Rentenleistungen in der V. Lohnklasse keineswegs in einem angemessenen prozentualen Verhältnis zu den höheren Jahresarbeitsverdiensten dieser Klasse stehen. Berechnen sich doch die obligatorischen Invalidenrenten nach dem alten sowie nach dem neuen Gesetz so, daß z. B. ein Invalidenrentner

	nach 500			nach 2000					
			nachgewiesenen Beitragswochen						
der	Lohnkl.	I	35,7 %	48,6 %	seines	vers.	Jahreink.	von	350 Mk.
„	„	II	27,2 %	43,6 %	„	„	„	„	550 „
„	„	III	20 %	34,1 %	„	„	„	„	850 „
„	„	IV	16,5 %	29,5 %	„	„	„	„	1150 „
„	„	V	18,3 %	34 %	„	„	„	„	1150 „
„	„	V	14 %	26 %	„	„	„	„	1500 „
„	„	V	11,7 %	21 %	„	„	„	„	1800 „
„	„	V	10,5 %	19,5 %	„	„	„	„	2000 „

erhält.

Bei dieser Gegenüberstellung der Rentenleistung und des für die Versicherung maßgebenden Jahresarbeitsverdienstes kann die Tatsache übergangen werden, daß wohl in den seltensten Fällen ein Versicherter während der ganzen Versicherungsdauer ein und derselben Lohnklasse angehören wird. Denn es soll damit ja nur gezeigt werden, daß die I.V. in der V. Lohnklasse den verschiedenen Jahresarbeitsverdiensten in recht ungenügender Weise Rechnung trägt, indem ein Versicherter mit 2000 Mark Einkommen nur dieselbe Rente erwerben kann wie der mit 1150 Mark, vorausgesetzt, daß beide stets in derselben Lohnklasse gleich lang versichert waren. Vielfach ist nun die Ansicht verbreitet, daß diese im Verhältnis des versicherten Verdienstes un-

gerechte Bemessung der Invalidenrenten der höher belohnten Versicherten lediglich nur durch Anfügung neuer Lohnklassen verbessert werden könnte, indem etwa eine

Lohnkl. VI für Versicherte mit mehr als 1150 bis zu 1500 Mark
„ VII „ „ „ „ „ 1500 „ „ 2000 „
„ VIII „ „ „ „ „ 2000 (bei Weiterversicherung, da die Versicherungspflicht nur bis zu 2000 Mark beibehalten werden soll)

gebildet würde. Man meint, daß in diesen Lohnklassen höheren Wochenbeiträgen dann auch höhere Invalidenrenten würden gegenüberstehen können. Demgegenüber weist aber die Begründung der R.V.O. in einer eingehenden Erörterung nach, daß solche neue Lohnklassen unter Beibehaltung des bisherigen Systems der Rentenberechnung die finanzielle Leistungsfähigkeit der V.-Träger in einem sehr bedenklichen Grade gefährden würden.[1] „Der Versicherte", so führt u. a. die Begründung aus, „hat es sowohl bei der Zwangsversicherung wie bei der Selbst- und Weiterversicherung[2] nach dem Gesetz in der Hand, seinen Anspruch nicht nur hinsichtlich der Steigerungssätze, sondern auch hinsichtlich des Grundbetrages[3] dadurch zu erhöhen, daß er beim Einrücken in höhere, der Invalidität näherstehende Altersjahre Beiträge in der höchsten Lohnklasse zahlt. Selbst wenn dies aber nicht geschehen würde, so würde trotzdem der Kreis der Personen, die in den neuen Lohnklassen der Pflichtversicherung unterstellt werden würden, vielfach erst mit steigendem Alter in höhere Lohnbezüge und damit in die höhere Lohnklasse einrücken. Jeder erst in höheren Lebensjahren sich vollziehende Übergang eines Versicherten in höhere Lohnklassen verschlechtert indessen die Finanzlage des V.Trägers. Diese empfangen vom Versicherten die erhöhten Beiträge nur für die wenigen dem Übergang folgenden Jahre, während sie für die gesamte zurückliegende, versicherungstechnisch aber besonders wichtige Zeit nur die niedrigen Beiträge erhalten. Der Grundbetrag der Invalidenrenten, der nach den 500 höchsten Beitragswochen berechnet wird, findet dann unter solchen Umständen nicht mehr seine Deckung durch die 500 höchsten Beiträge." Diese Erscheinungen treten theoretisch auch schon bei den jetzigen Vorschriften des Gesetzes auf; sie sind jedoch nicht von so bedenklicher finanzieller Wirkung, wie es bei Anfügung noch höherer Lohnklassen mit höheren Grund- und Steigerungssätzen der Fall

[1] I, Nr. 50, a. a. O. S. 356ff.
[2] Vgl. Rentenberechnung S. 80ff.
[3] Man spricht von einer: Zwangsversicherung, wenn die Versicherung auf Grund der gesetzlichen Versicherungspflicht; Selbstversicherung, wenn die Versicherung auf Grund der gesetzlichen Versicherungsberechtigung; Weiterversicherung, wenn die Versicherung weiter erfolgt, nachdem die Voraussetzung für die Versicherungspflicht nicht mehr gegeben ist. Bei Zwangsversicherung kann die Versicherung in einer höheren als der maßgebenden Lohnklasse erfolgen. Selbst- und Weiterversicherungen sind für alle Lohnklassen (höhere oder niedrigere als der Jahresarbeitsverdienst des Versicherten) freigegeben.

sein würde. Man könnte nun etwa daran denken, die Beiträge für solche Personen, die erst nach einer bestimmten Altersgrenze höheren Lohnklassen beitreten, weiter zu erhöhen oder den Fehlbetrag durch eine sehr schwer festzustellende allgemeine Beitragserhöhung auszugleichen. Beide Verfahren lehnt die Begründung ab. Mit Recht sagt sie, daß die Erhöhung der Beiträge für Personen von einem bestimmten Alter wegen der Schwierigkeit der praktischen Durchführung nicht angängig sei. Noch viel weniger zu billigen sei es aber, die Fehlbeträge aus den erhöhten Beiträgen aller Versicherten zu decken. Denn diese würden dann viel höher bemessen werden müssen, als den durch diese Versicherten selbst herbeigeführten Belastungen entspräche. Die Minderbemittelten müßten dann also zu den Kosten der höheren Versicherung der wirtschaftlich besser gestellten Versicherten beitragen, was durchaus nicht den Grundsätzen der Sozialversicherung entsprechen würde. Auf Grund dieser zweifellos richtigen Tatsache hat die R.V.O. an den alten fünf Lohnklassen festgehalten, wie sehr auch die Anfügung höherer Lohnklassen erwünscht gewesen wäre. Nicht wenig Interessenten dürften dadurch aber zum Widerspruch herausgefordert werden. Denn unwillkürlich drängt sich einem die Ansicht auf, ob es vielleicht nicht ratsamer gewesen wäre, in Verbindung mit der Errichtung höherer Lohnklassen gleichzeitig ein anderes System der Rentenberechnung der I.V. zugrunde zu legen, das sich mehr dem Werte der geleisteten Beiträge eines jeden Versicherten angepaßt hätte. Es ist kaum zu bezweifeln, daß dadurch finanzielle Bedenken, wie sie oben angeführt wurden, ausgeschlossen worden wären. Allerdings würde dabei das Fürsorgeprinzip, das bei dem zurzeit geltenden System vorherrscht, kaum so sehr zur Geltung haben kommen können, da es mehr durch das Versicherungsprinzip verdrängt worden wäre. Dem vielgehörten Einwand, daß dies den Nachteil zu niedrigeren Renten in den ersten Versicherungsjahren zur Folge haben würde, hätte man leicht durch Festsetzen einer Mindestleistung abhelfen können. Mit dem Vorteil gerechterer Rentenbemessung hätte man damit zugleich eine Anzahl Mängel ausschließen können, die eine Folge des jetzigen Systems der I.V. sind. Durch geeignete Regelung der Rentenberechnung hätte man z. B. zum großen Teil die Klagen beseitigen können, die sich besonders an die Bestimmung der Wartezeit und an das Erlöschen und Wiederaufleben der Anwartschaft in der I.V. knüpfen. Mit geringer Beitragsleistung werden jetzt einerseits leicht unverhältnismäßig hohe Bezüge gesichert, andererseits gehen unter Umständen infolge Nichtklebens weniger Marken trotz vieler geleisteter Beiträge die Rentenansprüche verloren. Es ist hier kein Platz gegeben, in die Besprechung eines geeigneten Systems einzugehen, wie sie so mannigfach in den letzten Jahren vorgeschlagen wurden. Trotzdem kann ich es mir nicht versagen, hier wenigstens auf einen ganz besonders beachtenswerten Vorschlag von Geh.-Reg. Rat Düttmann (Oldenburg) hinzuweisen[1],

[1] III, Nr. 1, a. a. O. S. 27ff.

der an der Hand vieler Beispiele die Zweckmäßigkeit eines neuen Systems für die I.V. nachweist. Der Verfasser erkennt dabei auch an, daß der Übergang von der jetzigen Berechnungsart der I.V.-Renten zu einer neuen mit erheblichen Schwierigkeiten verbunden sein würde. Dies dürfte u. a. mit ein Grund gewesen sein, daß die R.V.O. gar nicht den Versuch einer neuen Rentenberechnung gemacht hat. Dazu kommt, daß man auf Seiten der Regierung geglaubt hat, nach dem alten System das in der R.V. stark betonte Fürsorgeprinzip und die finanzielle Grundlage der I.V. am besten zu sichern. Wieweit dies jedoch zutrifft, muß einer besonderen Untersuchung überlassen bleiben.

Wie die Abänderung des Lohnklassensystems, so scheiterte ebenfalls an finanziellen Rücksichten die allgemein angestrebte Herabsetzung der Altersgrenze für den Bezug der Altersrente von 70 auf 65 oder gar wie bei der französischen Altersversicherung auf 60 Jahre. Auf Grund der Berufsstatistik vom Jahre 1907 würde sich bei Herabsetzung der Altersgrenze von 70 auf 65 Jahre die Zahl der berechtigten Altersrentenempfänger um 176655, von 70 auf 60 Jahre die Zahl der berechtigten Altersrentenempfänger um 495936 erhöht haben. Legt man die durchschnittliche Altersrente des Jahres 1908 von 161,64 Mark zugrunde, so würde dies eine Mehrbelastung von rund 29 Millionen Mark bzw. 81 Millionen Mark ergeben haben, wovon auf das Reich infolge des jährlichen Reichszuschusses von je 50 Mark für jede Altersrente gegen 9 Millionen bzw. 25 Millionen Mark entfallen wären. Die von den V.-Anstalten zu tragende neue Last würde, auf die Versicherungsbeiträge umgelegt, deren Steigerung um etwa 10% bis über 30% verursacht haben. Bedenkt man, daß, wie wir weiter unten sehen werden, die Beiträge schon infolge des Mehraufwandes durch Kinderzuschußrenten und den Renten aus der neuen Hinterbliebenenversicherung um etwa 30% erhöht werden mußten, so wird man die Versagung des langjährigen Wunsches der Herabsetzung der Altersgrenze begreiflich finden. Es würde die Arbeitnehmer zurzeit zu sehr belastet haben, wenn man ihnen zu der teilweisen Aufbringung der neuen Kosten für erhöhte Leistungen der K.V. und für die Kinderzuschußrenten, sowie der Renten der H.V. auch noch die Hälfte der Kosten für Vermehrung der Altersrenten auferlegt hätte. Noch bedenklicher aber wäre es gewesen, dem Reiche auf einmal nach Inkrafttreten der R.V.O. neben den außerordentlichen Ausgaben für die neuen Versicherungsbehörden und die Zuschüsse der H.V. noch weitere Lasten von 9 oder 25 Millionen Mark für die R.V. aufzuerlegen, zumal die Finanzlage des Reiches zurzeit zu größter Sparsamkeit mahnt. Man hat daher die Erfüllung der allgemein als notwendig anerkannten Herabsetzung der Altersgrenze einer günstigeren Zeit vorbehalten. Nach Art. 84 des Einführungsgesetzes soll der Bundesrat bereits im Jahre 1915 dem Reichstage die gesetzlichen Vorschriften über die Altersrente zur erneuten Beschlußfassung vorlegen.

Wenn so die R.V.O. zurzeit hauptsächlich wegen finanzieller Rücksichten den an sie gestellten Erwartungen hinsichtlich der Herabsetzung der Altersgrenze für Altersrenten und der Anfügung neuer

Lohnklassen zur Erhöhung der Renten höher gelohnter Versicherter nicht hat entsprechen können, so hat sie dagegen wenigstens mit der neuen sog. Kinderzuschußrente einen wesentlichen Fortschritt gegen früher gezeitigt. Damit wird eine der allernotwendigsten Forderungen erfüllt und eine erhebliche Aufbesserung der Invalidenrente da erreicht, wo sie am dringendsten ist, d. h. bei dem invaliden Familienvater, auf den Kinder im fürsorgebedürftigen Alter angewiesen sind.[1] Nur zu oft mußten bisher die Kinder eines Invaliden unter unzureichenden Invalidenrenten Not leiden, was häufig zu einer dauernden Schädigung der Gesundheit dieser heranwachsenden armen Geschöpfe führte. Nicht nur für die wirtschaftliche Lage einer solchen Familie, sondern auch für die Volksgesundheit mit ihren schwerwiegenden Folgen für die Nation und deren Leistungsfähigkeit wird es von größter Bedeutung sein, daß die R.V.O. wenigstens mit den Kinderzuschußrenten eine bemerkenswerte Verbesserung der Invalidenrenten gebracht hat. Die Kinderzuschußrente erhöht die Invalidenrente für jedes Kind unter 15 Jahren eines Rentners um 10 %, im Höchstfalle bis zu 50 %. Steht z. B. einem Invaliden eine Rente von 177 Mark einschließlich des Reichszuschusses von 50 Mark zu[2], so erhält er künftig eine Kinderzuschußrente von 17,7 Mark für jedes Kind unter 15 Jahren, bis durch die Kinderzuschußrenten insgesamt der $1\frac{1}{2}$fache Betrag der Invalidenrente erreicht ist, d. h. in unserem Falle 265,5 Mark. Somit bekäme er also im Höchstfalle für 5 Kinder eine Kinderzuschußrente von je 17,7 Mark. Wie groß die Wirkung der neuen Verbesserung der Invalidenrente sein wird, ersieht man daraus, daß nach einer überschläglichen Berechnung über 89000 Kinder jährlich die Vorteile dieser neuen fortschrittlichen Bestimmung der R.V.O. genießen werden, was einen Kostenaufwand von etwa 12,8 Millionen Mark erfordern wird.[2] Obwohl trotz der neuen Kinderzuschußrenten die Invalidenrenten immerhin noch sehr niedrig bleiben, so wird man dennoch diese Erhöhung als den ersten Schritt zu künftiger weiterer Steigerung der Leistungen der I.V. mit größter Freude begrüßen.

§ 7. Die neue Zusatzversicherung zum Erwerb von Invalidenrenten.

Nicht weniger bedeutsam als die neuen Kinderzuschußrenten ist die sog. freiwillige Zusatzversicherung, mit deren Zusatzrenten die R.V.O. eine weitere Erhöhung der Invalidenrenten zu ermöglichen sucht. Mit der freiwilligen Zusatzversicherung hat man das sonst in der I.V. vorherrschende Fürsorgeprinzip ganz verlassen und lediglich das Versicherungsprinzip zur Geltung gebracht. Die neue Versicherung

---

[1] Die an sich schon außerordentlich gering bemessene Invalidenrente, die im Jahre 1910 im Durchschnitt nicht mehr als 177 Mark betrug, stellt für eine einzige erwerbsunfähige Person nur eine recht unzulängliche Unterstützung dar, die aber noch viel weniger dem notwendigsten Bedürfnisse genügen kann, wenn der Rentner sich mit Frau und unversorgten Kindern in sie teilen muß.

[2] I, Nr. 52, a. a. O., Teil IV, S. 106.

ist höchst einfach durchgeführt. Allen Versicherten ohne Rücksicht darauf, ob sie versicherungspflichtig oder freiwillig der I.V. angehören, ist es freigestellt, zu jeder Zeit und in beliebiger Zahl „Zusatzmarken" einer beliebigen[1] Versicherungsanstalt in die Quittungskarte einzukleben. Sie erwerben dadurch, ohne daß eine bestimmte Wartezeit nachgewiesen zu werden braucht oder die Anwartschaft jemals erlischt, für den Invaliditätsfall einen Anspruch auf eine Zusatzrente, die während der Dauer der Invalidität ohne Kürzung beim Zusammentreffen mit einer Unfallrente oder mit anderen Ansprüchen gezahlt wird. Die Feststellung der Zusatzrente erfolgt nach den für die Festsetzung der Invalidenrente geltenden Grundsätzen. Für die Berechnung selbst gelten vorläufig für die nächsten 10 Jahre (bis 1922) folgende Bestimmungen. Der Wert der Zusatzmarke beträgt 1 Mark. Für jede gebrauchte Zusatzmarke wird dann eine jährliche Zusatzrente von 2 Pfg. gewährt, gesteigert um das Vielfache der Anzahl Jahre, die vom Einkleben der Marke bis zum Eintritt der Invalidität verflossen sind. Die Rente wird also um so höher, je später die Invalidität nach Verwendung der Zusatzmarke eintritt. Angenommen, im Alter von 25 bis 34 Jahren klebe jemand jeden Monat 2 Zusatzmarken oder jährlich 24 Mark, so erwirbt er für die während der 10 Jahre gezahlten 240 Mark:

28,8 Mark, wenn er im 35. Lebensjahr Invalide wird
76,8 „ „ „ „ 45. „ „ „
124,8 „ „ „ „ 55. „ „ „
172,8 „ „ „ „ 65. „ „ „

Die Berechnung hierfür geschieht am einfachsten folgendermaßen: Der Rentensatz für die in einem Jahr geleisteten Zusatzmarken beträgt 24 × 0,02 M. = 0,48 M. Die Zahl der seit der Verwendung der Marken bis zum Eintritt der Invalidität z. B. im 35. Lebensjahre verflossenen Jahre beträgt für:

die im Alter von 25 Jahren verw. Marken: 35—25 = 10
„ „ „ „ 26 „ „ „ 35—26 = 9
„ „ „ „ 27 „ „ „ 35—27 = 8
. . . . . .
„ „ „ „ 35 „ „ „ 35—34 = 1

Die Gesamtzahl der Jahre ist danach $10+9+8+\ldots+1=60$.
Die Jahresrente beträgt mithin $60 \times 0{,}48$ M. = 28,8 Mark.

An sich erscheint der Rentensatz von 2 Pfg. zumal in den ersten Jahren sehr gering. Wie man aber aus dem Beispiele ersieht, nimmt die Höhe der gewährten Rente im Laufe der Zeit gewaltig zu. Werden doch allgemein nach 10 Jahren der Einzahlung 20 %, nach 20 Jahren 40 % und nach 30 Jahren sogar schon 60 % usw. des eingezahlten Kapitals jährlich für die ganze Dauer der Erwerbsunfähigkeit durch

[1] Dies ist deswegen möglich, weil die Einnahmen aus den Beiträgen für die Zusatzversicherung der „Gemeinlast" aller V.-Anstalten zufließen, aus der auch die entstehenden Ausgaben gedeckt werden.

die freiwillige Zusatzversicherung gewährt. Die hohe Leistungsfähigkeit der freiwilligen Zusatzversicherung ist besonders deswegen möglich, weil der Rentenkauf bei der freiwilligen Zusatzversicherung den V.-Anstalten nur ganz geringe Verwaltungskosten verursacht. Man kann daher mit Recht in der durch die freiwillige Zusatzversicherung gegebenen Möglichkeit, jeden Sparbetrag in diese hohe Invalidenrente überzuführen, im gewissen Sinne ein geradezu ideales Mittel erblicken. Gestützt wird diese Ansicht noch mehr durch die erzieherische Wirkung, die diese Einrichtung mit ihrer Voraussetzung des Selbstverantwortlichkeitsgefühls, freiwillig für die Zukunft zu sorgen, auf den Versicherten ausüben muß. Durch sie wird ein Gegengewicht gegen den Nachteil der sozialen Zwangsversicherung geschaffen, die leicht ein Nachlassen der Energie und Fähigkeit in der Selbstfürsorge der zu Versichernden zur Folge haben kann. „So stellt sie in gewissem Sinne eine glückliche Lösung des schwierigen Problems dar, zwischen Pflicht zur sozialen Fürsorge und dem etwaigen Streben, das Selbstverantwortlichkeitsgefühl dabei nicht auszuschalten, einen passenden Mittelweg zu finden, der beide Ziele erreichen läßt: Es wird dem Einzelnen eine gewisse Grundlage zur Existenzsicherung in der Hauptsache (d. h. mit durchschnittlich erheblich mehr als die Hälfte) kraft Gesetzes aus anderen als seinen eigenen Beiträgen geschaffen. Auf dieser Grundlage nun durch mehr oder minder regelmäßiges Einkleben der Eine-Mark-Zusatzmarke weiter zu bauen, ist dann Sache jedes Einzelnen.“[1] Vor allem wird den höher gelohnten Arbeiterklassen und den freiwillig der I.V. angehörenden Handwerkern und kleinen Unternehmern damit eine willkommene Gelegenheit gegeben, ihre Rentenansprüche für den Invaliditätsfall zu erhöhen.

Allerdings muß zugegeben werden, daß die freiwillige Zusatzversicherung nicht vollkommen befriedigt, da sie nur eine Steigerung der Invalidenrente, nicht aber auch der Altersrenten und der Renten aus der neugeschaffenen H.V. bewirkt. Dies ist leider ein Mangel, der, wie viele Kritiker meinen, sogar eine große Anzahl Personen von der Verwendung der Zusatzmarken abhalten werde. Man behauptet nicht ganz mit Unrecht, daß gerade die Handwerkermeister und kleinen Unternehmer, für die diese neue Einrichtung in erster Linie gedacht ist, oft weit weniger an eine Versorgung für den Fall der Invalidität als an die Sicherung einer ausgiebigen Versorgung von Witwe und Kindern und für das Alter denken. Denn im Gegensatz zum Lohnarbeiter, der mit der persönlichen Arbeitsfähigkeit auch die Gelegenheit zum Erwerb einbüßt, hofft der selbständige Unternehmer auch bei verminderter Arbeitsfähigkeit noch durch Aufsichtsführung soweit seinen Betrieb lohnend erhalten zu können, daß er mit den Seinigen ein leidliches Auskommen hat. Es würde daher viel lieber gesehen werden, wenn die freiwillige Zusatzversicherung auch den Erwerb von Altersrenten und Hinterbliebenenrenten ermöglichte. Um diesen Wunsch zu verwirklichen, wäre zu erwägen, ob für die Zusatz-

[1] III, Nr. 2. Zwiedineck-Südenhorst, a. a. O. S. 21.

versicherung vielleicht nur ein Rentensatz von einem Pfennig statt zweier Pfennige in Anrechnung zu bringen wäre. Eine etwaige finanzielle Gefährdung ließ sich dabei dadurch vermeiden, daß die Zusatzrente für den Invaliditätsfall von einer bestimmten Zeit ab, etwa 30 Jahre nach Verwendung der Zusatzmarke gleichbliebe. Zum Teil ließe sich wohl der Mehrbetrag durch eine höhere Verzinsung decken, als wie bei Berechnung[1] der durch die R.V. gewährten Zusatzrente zugrunde gelegt worden ist. Nicht ganz leicht läßt sich zwar das Risiko berechnen, das durch die H.V. der Zusatzversicherung auferlegt wurde, zumal zurzeit die versicherungstechnischen Grundlagen dafür noch sehr mangelhaft sind. Dies dürfte auch der Hauptgrund gewesen sein, warum die R.V.O. von einer Ausdehnung der Zusatzversicherung im angeführten Sinne abgesehen hat. Doch ist sicherlich zu erwarten, daß die Zukunft den neugeschaffenen, wohl gangbaren Weg der freiwilligen Zusatzversicherung noch weiterhin ausbauen wird, nachdem nur erst einmal die neue H.V. dazu genügend Material, besonders für eine genaue Berechnung des Risikos geliefert haben wird.

§ 8. Die neugeschaffene Hinterbliebenenversicherung.

Vollkommen neu und ohne Beispiel unter den Sozialversicherungen anderer Nationen ist die durch die R.V.O. geschaffene H.V. Sie stellt das Ergebnis langjähriger Bestrebungen dar, die, besonders seitdem die Frage der Sozialversicherung infolge ihrer reichsgesetzlichen Durchführung in den Mittelpunkt des Interesses gerückt war, in neuester Zeit nicht nur bei zahlreichen führenden Gelehrten, Sozialpolitikern und Männern der Praxis eifrige Fürsprecher fand, sondern auch wiederholt infolge verschiedener Resolutionen im Reichstage Anlaß zu lebhaften Erörterungen gab.[2] Die Einführung einer allseitig als notwendig anerkannten reichsgesetzlichen Witwen- und Waisenversicherung der wirtschaftlich schwächeren Klassen mußte jedoch bis zur R.V.O. immer an die wichtigen finanziellen und versicherungstechnischen Bedenken, die infolge gänzlichen Mangels geeigneter Unterlagen umso berechtigter waren, scheitern und auf eine geeignetere Zeit verschoben werden. Auf sie mußte vor allem verwiesen werden, als bei Beratung der Invaliditäts- und Altersversicherung in den Jahren 1887—1889 die gleichzeitige Regelung der Witwen- und Waisenversicherung im Reichstage in ernste Erwägung gezogen wurde. In richtiger Erkenntnis der unermeßlichen Schwierigkeiten empfahl damals die Begründung des Entwurfes zu jenem Gesetze, „die Regelung der Witwen- und Waisenversorgung zunächst noch auszusetzen, um zuvor durch die bei der Durchführung der Alters- und Invaliditätsversicherung zu sammelnden Erfahrungen zu einem zutreffenderen Urteile u. a. auch darüber zu gelangen, ob die Industrie und die sonst in Betracht kommenden Berufszweige, die mit der Witwen- und Waisenversorgung notwendig

[1] I, Nr. 50, a. a. O. Finanz.-Begr.

[2] Von Loeper, Die Vers. d. Arbeiter-Witwen und -Waisen in Deutschland. Berlin 1907. S. 44ff. Hier finden sich weitere umfassende Literaturangaben.

verknüpfte Mehrbelastung zu tragen imstande sind."[1] Auch die Novelle zum Invalidenversicherungsgesetz vom 13. Juli 1899 nahm dieselbe vertröstende Stellung ein, so daß es nach einer eingehenden Verhandlung nur zu einer Resolution, die der Abgeordnete von Stumm beantragt hatte, zugunsten einer Witwen- und Waisenversicherung kam.[2] Erst als gelegentlich der Beratung des neuen Zolltarifgesetzes vom Jahre 1902 der von Ad. Wagner schon lange eifrig vertretene Gedanke[3] aufgegriffen wurde, die Mittel für Witwen- und Waisenversicherung durch Mehreinnahmen aus den Zollerträgen zu bestreiten, wurde die Verwirklichung der neuen Versicherung erheblich dem Ziele näher gebracht.[4] Endgültige, greifbare Gestalt erhielt schließlich dieser Gedanke durch den § 15 des Zolltarifgesetzes vom 25. Dezember 1902[5]. Der Wortlaut dieses Gesetzesparagraphen, der seine Fassung einem Antrag des Abgeordneten Trimborn verdankt, und daher Lex Trimborn genannt wird, ist folgender:

Der auf den Kopf der Bevölkerung des Deutschen Reiches entfallende Nettozollertrag, der nach den Tarifstellen 1 (Roggen), 2 (Weizen und Spelz), 102 (Rindvieh), 103 (Schafe), 105 (Schweine), 107 (Fleisch), 107a (Schweinespeck) und 160 (Mehl) des Zolltarifes (§ 1) zu verzollenden Waren, welcher den nach dem Durchschnitte der Rechnungsjahre 1898—1903 auf den Kopf der Bevölkerung entfallenden Nettozollertrag derselben Waren übersteigt, ist zur Erleichterung der Durchführung einer Witwen- und Waisenversorgung zu verwenden.

Über diese Versicherung ist durch ein besonderes Gesetz Bestimmung zu treffen. Bis zum Inkrafttreten dieses Gesetzes sind diese Mehrerträge für Rechnung des Reiches anzusammeln und verzinslich anzulegen.

Tritt dieses Gesetz bis zum 1. Januar 1910 nicht in Kraft, so sind von da ab die Zinsen der angesammelten Mehrerträge sowie die eingehenden Mehrerträge selbst den einzelnen Invalidenversicherungsanstalten nach Maßgabe der von ihnen im vorhergehenden Jahre aufgebrachten Versicherungsbeiträge zum Zwecke der Witwen- und Waisenversorgung der bei ihnen Versicherten zu überweisen.

Die Unterstützung erfolgt auf Grund eines vom R.V.A. zu genehmigten Statutes.

Mit der Einführung der H.V. durch die R.V.O. wird nunmehr dieser gesetzlichen Verpflichtung entsprochen, nachdem zuvor der Termin

[1] I, Nr. 38, S. 49.
[2] Verhdlg. des Reichstages. 10. Leg.-Per. I, Session 1898—1900. Bd. IV, S. 3485.
[3] Wagner, Finanzwissenschaft. Teil II, 1880. S. 491.
[4] Die Gründe für und wider die Verquickung zweier so wichtiger von ganz verschiedenen Gesichtspunkten aus zu beurteilender volkswirtschaftlicher Fragen, der Schutzzoll- und Sozialpolitik, findet man ausgeführt bei v. Loeper, a. a. O. S. 164ff., wo auch weitere Literatur nachgewiesen wird.
[5] R.G.Bl S. 303.

des § 15 durch das Reichsgesetz vom 11. Dezember 1909 betr. Abänderungen des § 15 des Zolltarifgesetzes[1] auf den 1. April 1911 hinausgeschoben worden war. Jedoch hat man vorgezogen, die neue Versicherung, die am 1. Januar 1912 in Kraft getreten ist, nicht auf den genannten schwankenden, mehrfach sogar ausgebliebenen Zolleinnahmen, sondern auf regelmäßige Prämienbeiträge der Arbeitgeber und der Versicherten, sowie auf feste jährliche Reichszuschüsse aufzubauen. Dies war um so nötiger, als die Mehreinnahmen aus dem § 15 des Zolltarifgesetzes weit hinter den an sie gestellten Erwartungen zurückgeblieben sind. Haben sich doch seit dem Inkrafttreten des Zolltarifgesetzes vom Jahre 1906 nur einmal und zwar im Jahre 1907 Überschüsse im Betrage von rund 42 Millionen Mark ergeben. In den übrigen Jahren waren hauptsächlich infolge des Rückganges der Getreideeinfuhr beträchtliche Mindereinnahmen eingetreten. Insgesamt sind in einem Hinterbliebenenversicherungsfonds[2] an Überschüssen und Zinsen bis Anfang 1911 51,5 Millionen Mark angesammelt worden[3], die künftig zu den Zuschüssen des Reiches für die H.V. bis zur Erschöpfung dieses Fonds verwendet werden sollen.[4]

Man begreift leicht, daß eine hinreichende Witwen- und Waisenversorgung kaum von so unsicheren Mehreinnahmen abhängig gemacht werden konnte. Eine befriedigende Lösung konnte nur dadurch ermöglicht werden, daß genau bestimmten Leistungen für die Hinterbliebenen eines Versicherten auch feste Einnahmen gegenüber standen, was am geeignetsten durch Anschluß der H.V. an die I.V. geschehen konnte. Denn neben der K., U.- und I.-V. noch eine vierte Organisation für die H.V. zu schaffen, würde den in letzter Zeit allgemein befürworteten Gedanken der Vereinheitlichung der R.V. durchbrochen und eine weitere unzweckmäßige Zersplitterung herbeigeführt haben. Die Verwaltung der K. und U.V. aber sind ihrer Natur nach nicht geeignet, die Aufgaben der Witwen- und Waisenversicherung zu übernehmen. Bei der U.V. beschränkt sich die Fürsorge lediglich auf Betriebsunfälle, die für die Art der Kostendeckung der Versicherung und für die Organisation bestimmend sind. Die allgemeine H.V. dagegen soll ihre Mittel für Witwen und Waisen eines Versicherten bereitstellen, ohne daß der entschädigungspflichtige Versicherungsfall eine Folge eines besonders gefährlichen Arbeitsverhältnisses ist. Sie ähnelt damit mehr der I.- und K.-V., jenen Versicherungen gegen allgemein menschliche, nicht dem Arbeiterstande eigentümliche Schäden. Während aber die K.V. meist für vorübergehende Unterbrechung der Erwerbsfähigkeit eine beschränkte Zeit lang (im allgemeinen 26 Wochen) Unterstützung gewährt, soll die neue Versicherung dauernd in Fällen da eingreifen, wo die Erwerbsquelle für immer versiegte. In dieser Beziehung nähert sie sich am meisten der I.V., die in der Regel gleich-

[1] R.G.Bl. S. 973.
[2] Gesetz vom 8. April 1097, R.G.Bl. S. 89.
[3] Reichshaushaltsetats d. Rechnungsjahre 1906—1911. Anl. VI. Kap. 68b. Titel 1 der Etats.
[4] Vgl. Art. 3 u. 4 des Einführungsgesetzes.

falls einen gewissen Ersatz für den infolge dauernder Erwerbsunfähigkeit verlorenen Jahresarbeitsverdienst Ersatz leisten will. Zu dieser Übereinstimmung der I.- und H.V. kommt, daß die großen territorialen Versicherungsanstalten der I.V. weit besser das mit der H.V. verbundene Risiko tragen können, als die lokalen K.-Kassen mit ihrem verhältnismäßig geringen Umfang. Eine Rentenversicherung kann nur erfolgreich bestehen, wenn sich ihre Risiken auf recht viele Schultern verteilen, wie dies bei der I.V. der Fall ist. Aus diesen Gründen war es das natürlichste, daß die R.V.O. die H.V. an die I.V. anschloß. Mit der Vereinigung wurde zugleich der Vorteil erreicht, daß die Verwaltung beider Versicherungen zusammen verhältnismäßig wenig mehr Verwaltungsarbeiten und -kosten verursacht, als die I.V. allein.

Die R.V.O. verknüpfte beide Versicherungen so eng miteinander, daß nicht nur die Versicherungsträger und der Kreis der Versicherungspflichtigen und -berechtigten bei beiden dieselben sind, sondern auch die zu leistenden erhöhten Beiträge neben dem Anspruch auf Invaliden- und Altersrenten gleichzeitig den Hinterbliebenen des Versicherten ein Anrecht auf Fürsorge gewähren. Über die Leistungen an Hinterbliebene und die Vorbedingungen hierzu gibt die nachfolgende Übersicht (S. 66 und 67) am besten Aufklärung, der auch die der I.V. (Nr. 1—3) beigefügt ist.

Man sieht aus der Zusammenstellung, daß der Anspruch an die gleiche Erfüllung einer Wartezeit und Aufrechterhaltung der Anwartschaft wie bei der I.V. gebunden ist. Die Vorschrift einer längeren Wartezeit erklärt sich aus dem Charakter jeder Rentenversicherung heraus. Daß die H.V. dabei die Frist der I.V. übernommen hat, ist eine Folge des engen Anschlusses an diese. Wenn man für die einmalige Bewilligung des Witwengeldes und der Waisenaussteuer dazu noch vorausgesetzt hat, daß die Witwe ihrerseits zur Zeit des Anspruches selbst auch noch die für eine Invalidenrente vorgeschriebene Wartezeit erfüllt und Anwartschaft aufrecht erhalten haben muß, so hat dies den Zweck, „bei den Frauen ein Interesse daran zu erhalten, durch Fortentrichtung ihrer Beiträge während der Ehe und auch im Witwenstand einen Anspruch auf die reichsgesetzliche Invalidenrente zu erwerben".[1] Da die reichsgesetzliche Invalidenrente stets höher sein wird als die Witwenrente, und die invalide versicherte Witwe beim Zusammentreffen der Voraussetzungen für beide Ansprüche nach dem Gesetze nur die höhere Invalidenrente erhält, so soll das Witwengeld zugleich noch ein Ersatz für den Wegfall des Witwenanspruches sein. Eine unberechtigte Benachteiligung der versicherten Witwe, die wegen ihrer eigenen Beiträge auf die eigene Invalidenrente angewiesen ist, gegenüber der unversicherten Witwe wird dadurch ausgeschlossen. Der Wegfall der Witwenrente versicherter invalider Witwen soll endlich noch durch die einmalige Zahlung der Waisenaussteuer für jedes Kind der versicherten Witwe ausgeglichen werden, wenn es das 15. Lebensjahr vollendet, und die Mutter zu jener Zeit die Anwart-

[1] I, Nr. 50, S. 367.

Die Leistungen der Invaliden- (1—3) und

	erhalten	falls eine Wartezeit nachgewiesen von	und falls die Anwartschaft aufrecht erhalten
1. Invalidenrente	1. Versicherte, die dauernde Invalidität nachweisen. 2. Versicherte Kranke, die nach 26wöchiger Krankheit, bzw. schon nach Wegfall der Krankenrente weiter invalid sind	200 Beitragswoch., worunter 100 auf Grund der Versicherungspflicht gezahlt sein müssen. Sonst: 500 Beitragswochen.	Innerhalb von 2 Jahren müssen mehr als 20 Wochenbeiträge auf Grund der Versicherungspflicht oder Weiterversicherung, bzw. 40 Wochenbeitr. auf Grund der Selbstvers. gezahlt worden sein.
2. Kinderzuschußrente	Invalidenrentner für je 1 Kind unter 15 Jahren, bis zu 5 Kindern	Wie bei der Invalidenrente (1).	
3. Altersrente	Versicherte vom vollendeten 70. Lebensjahre an, auch wenn sie noch erwerbsfähig sind	1200 Beitragswochen. (Zurzeit gelten noch Sonderbestimmungen.)	Wie bei der Invalidenrente
4. Witwen- oder Witwerrente	1. Dauernd invalide Witwe nach dem Tode des vers. Mannes 2. Vorübergehend inval. Witwe nach 26wöchiger Krankheit oder schon nach Wegfall des Krankengeldes während der Invalidität. 3. Erwerbsunfähiger Witwer, dessen verstorbene, versicherte Frau den Unterhalt der Familie überwiegend bestritten hat.	Die verstorbene Person muß die Wartezeit der Invalidenrente erfüllt haben.	Die verstorbene Person muß die Anwartschaft für die Invalidenrente aufrecht erhalt. haben.
5. Waisenrente	Bis zum vollendeten 15. Lebensj.: 1. Ehel. Kinder ein. männl. Vers. 2. Ehel. Kinder ein. weibl. Vers. 3. Bzw. elternlose Enkel eines Versicherten, wenn die Mutter (bei 2) bzw. der Großvater (-mutter) ihren Unterhalt bestritten haben. 4. Vaterl. Kinder ein. weibl. Vers. 5. Ehel. Kinder ein. weibl. Vers., deren Ehem. sich der Unterhaltung der Kinder entzogen hat.	Wie bei der Witwen- oder Witwerrente (4)	
6. Witwengeld	Versicherte Witwe beim Tode ihres versicherten Mannes.	Wie bei (4). Außerdem muß die Witwe selbst beim Tode ihres Mannes die Wartezeit erfüllt und Anwartschaft aufrecht erhalten haben.	
7. Waisenaussteuer	Bei Vollendung des 15. Lebensjahres jedes Kind einer versichert. Mutter, wenn der Vater gest. ist.	Wie beim Witwengeld (6). Doch braucht die Wartezeit erst bei Vollendung des 15. Lebensjahres des Kindes erfüllt zu sein.	

der Hinterbliebenenversicherung (4—7).

a) Reichszuschuß	in Höhe von: b) Anteil der Versicherungsanstalt:	
	α) Grundbetrag nur für die 500 Beitragswochen der höchsten Lohnklasse	β) Steigerungsatz für alle nachgewiesenen Beitragswochen
50 Mark jährlich	je 12 Pf. je 14 „ je 16 „ je 18 „ je 20 „ je 14 „	je 3 Pf. der Lohnkl. I je 6 „ „ „ II je 8 „ „ „ III je 10 „ „ „ IV je 12 „ „ „ V je 6 Pf. der Krankheits- u. Militärzeit.
—	je 10% der gesamten Invalidenrente (Reichszuschuß also inbegriffen).	
50 Mark jährlich	60 Mark in der Lohnklasse I 90 „ „ „ „ II 120 „ „ „ „ III 150 „ „ „ „ IV 180 „ „ „ „ V 90 Mark für Krankheits- und Militärzeit.	
50 Mark jährlich	$^3/_{10}$ des Grundbetrages und Steigerungssatzes der Invalidenrente (1).	
25 Mark jährlich (für jede Waise)	a) Für 1 Waise: $^3/_{20}$ des Grundbetrages und Steigerungssatzes der Invalidenrente (1). b) Für jede weitere Waise: $^1/_{40}$ des Grundbetrages und Steigerungssatzes der Invalidenrente (1), bis die Renten aller Waisen die halbe Höhe der Invalidenrente erreicht haben.	
50 Mark einmalig	Einmalig: 12fache Monatsbetrag der Witwenrente (wobei also der Reichszuschuß bereits inbegriffen).	
$16^2/_3$ Mark einmalig	Einmalig: 8fache Monatsbetrag der bezogenen durchschnittlichen Einzelwaisenrente (wobei also der Reichszuschuß bereits inbegriffen).	

schaft aufrecht erhalten und die Wartezeit für eine Invalidenrente erfüllt hat. Diese Unterstützung zu einer Zeit, wo der Bezug der Waisenrente endigt, jedoch erheblichere bare Aufwendungen für die Einkleidung der Waisen bei ihrer Schulentlassung und für ihren Eintritt in eine Berufstätigkeit entstehen, wird sich sicherlich einer ganz besonderen Beliebtheit bei den Beteiligten erfreuen. Wegen der großen sozialen Bedeutung, die der einmaligen Waisenaussteuer selbst bei ihrer geringen Höhe[1] beigelegt werden muß, dürfte zu erwägen sein, ob sie nicht besser allgemein den Waisen eines jeden verstorbenen Versicherten zur Verfügung zu stellen wäre, ohne eine Voraussetzung an die Erfüllung der Anwartschaft und den Nachweis der Wartezeit für die Invalidenrente der Mutter zu knüpfen. Für Doppelwaisen und Kinder, deren versicherte Mutter gestorben ist, und deren Vater sich der Unterhaltungspflicht entzogen hat, wäre dies in erster Linie anzustreben. Mit der Einführung einer allgemein zu gewährenden Waisenaussteuer wäre zugleich die vorteilhafte Nebenwirkung verbunden, daß für verhältnismäßig kleine Leistungen die unter Umständen schwierig liegenden Fragen der Wartezeit und der Anwartschaft nicht immer wieder von neuem geprüft und entschieden werden brauchte. Zwar wird man, um die H.V. nicht zu überlasten, mit der Erfüllung dieser Forderung zurzeit noch warten müssen, bis die H.V. den Nachweis einer gedeihlichen Entwicklung gebracht hat.

Die Hinterbliebenenrenten sind Teilrenten der Invalidenrenten, die der Verstorbene bis zur Zeit des Todes bezogen hatte oder im Falle der Invalidität bezogen haben würde. Damit, daß die R.V.O. die Hinterbliebenenbezüge in ein bestimmtes Verhältnis der Invalidenrenten setzt, folgt sie den Vorschriften der Beamtenpensionsgesetze und den Satzungen zahlreicher Pensionskassen. Letztere sind auch vorbildlich für die Bestimmung der R.V.O. geworden, daß bei einer größeren Zahl von Waisen jede von ihnen im Durchschnitt nur einen geringeren Betrag erhält. Hingegen findet man wohl kaum in den angeführten Gesetzen und Satzungen die Bestimmung, daß nur erwerbsunfähige Witwen die Witwenrente beziehen sollen. Nach dem Urteil vieler ist diese von der R.V.O. vorgeschriebene Beschränkung, wonach eine erwerbsfähige Witwe keine Rente erhält, ein großer Mangel. Man wird diesen Vorwurf gelten lassen müssen, soweit erwerbsfähige Witwen in Frage kommen, die eine Anzahl kleiner Kinder zu versorgen haben, und damit im Hause eigentlich recht unentbehrlich sind. Durch Versagung der Rente werden solche Mütter geradezu zu regelmäßiger Lohnarbeit meist wohl auch noch außerhalb des Hauses gezwungen sein, und damit kaum ihren Kindern eine ordnungsmäßige Fürsorge zuwenden können. Wie notwendig aber eine solche ist, dafür sprechen schon die zahlreichen Unfälle der zu Hause allein gelassenen kleinen Kinder eine beredte Sprache. Demgegenüber darf nun zwar nicht verkannt werden, daß die R.V.O. auch der erwerbsfähigen Witwe mit

[1] Bei mittlerer Aktivitätsdauer der Versicherung des Verstorbenen wird sie durchschnittlich 39 Mark betragen.

Kindern in fürsorgebedürftigem Alter eine Unterstützung nicht versagt. Läßt sie ihr doch für ihre Kinder die Waisenrente zugute kommen. Ihrem Umfang nach sind diese Renten recht niedrig bemessen, sodaß man wohl den Wunsch berechtigt finden kann, diese Renten durch eine Witwenrente auch für erwerbsfähige Witwen zu erhöhen. Besser aber dürfte es dann sein, lieber auf die geforderte Witwenrente zu verzichten und gleich, wie Düttmann vorschlägt[1], eine Erhöhung der Waisenrente anzustreben, „da diese allein eine dem Bedürfnis entsprechende Bemessung der Bezüge erleichtern und nicht die Verminderung oder den Wegfall der Witwenrente nötig machen würde, wenn mit dem Heranwachsen der Kinder der dringendste Anlaß der Gewährung einer Rente abnimmt und zuletzt aufhört". Zurzeit konnten diese Forderungen natürlich aus finanziellen Rücksichten nicht verwirklicht werden. Indessen unterliegt es wohl kaum einem Zweifel, daß die H.V. dem Zuge unserer anderen Sozialversicherungsgesetze folgen wird, die im Laufe ihrer Entwicklung die Erweiterung der Leistungen nicht nur zum Ziele hatten, sondern diese auch in die Wirklichkeit umgesetzt haben. Unter diesem Gesichtspunkte muß man selbst die niedrig bemessenen Renten der neuen H.V. als einen gewaltigen Fortschritt vorwärts in unserer Sozialgesetzgebung ansehen.

Wie hoch die Hinterbliebenenbezüge nach der R.V.O. bemessen sind, zeigt die obige Übersicht S. 66/67. Zum besseren Verständnis der Berechnung aller Renten aus der I. V. und H.V. habe ich in einem Anhang ein Beispiel durchgeführt. Um sich schnell die Höhe einer jeden I.- und H.-Rente in einer bestimmten Lohnklasse nach Erfüllung der Wartezeit von 500 Beitragswochen und Ablauf einer weiteren Anzahl Beitragswochen in derselben Lohnklasse ohne große Mühe berechnen zu können, soll noch nachfolgende Tabelle (S. 70) dienen.

Aus dieser Tafel erkennt man deutlich, daß sich die Höhe der Renten, besonders die der Waisenrenten, in sehr mäßigen Grenzen entsprechend den niederen Invalidenrenten halten. Man wird dabei zugeben müssen, daß z. B. mit den geringen Waisenrenten eine erwerbsfähige Witwe, die für mehrere Kinder im fürsorgebedürftigen Alter zu sorgen hat, kaum die Nahrung für ihre Kinder wird bestreiten können, zumal wenn sie in der Stadt lebt. Indessen darf man aus diesem Gesichtspunkte heraus keineswegs den außerordentlichen volkswirtschaftlichen Wert der Hinterbliebenenbezüge verkennen, selbst wenn sie nur eine Minimalfürsorge darstellen. Die H.V. bezweckt, Frau und Kindern, die den Ernährer nach allgemeinem Menschenschicksal verloren haben, eine Beihilfe im Witwen- und Waisenstande zu sichern als Ersatz dafür, daß der Verstorbene wenig oder gar nicht mit seinem geringen Verdienste bei Lebzeiten ohne die H.V. für seine Hinterbliebenen sorgen konnte. Aus diesem Grunde erklärt sich auch, daß die Hinterbliebenenrenten der H.V. bedeutend hinter denen der U.V. zurückbleiben müssen, die den Hinterbliebenen eines verunglückten

[1] III, Nr. 1, S. 34.

Berechnung der Invaliden- und Hinterbliebenenrenten.

A. Nach 500 nachgewiesenen Beitragswochen wird jährlich geleistet in:

	Lohnklasse I		Lohnklasse II		Lohnklasse III		Lohnklasse IV		Lohnklasse V	
	bei nachgew. 500 Beitragswochen d. Lohnklasse I	bei je weiteren 10 Beitragswochen d. Lohnklasse I	bei nachgew. 500 Beitragswochen d. Lohnklasse II	bei je weiteren 10 Beitragswochen d. Lohnklasse II	bei nachgew. 500 Beitragswochen d. Lohnklasse III	bei je weiteren 10 Beitragswochen d. Lohnklasse III	bei nachgew. 500 Beitragswochen d. Lohnklasse IV	bei je weiteren 10 Beitragswochen d. Lohnklasse IV	bei nachgew. 500 Beitragswochen d. Lohnklasse V	bei je weiteren 10 Beitragswochen d. Lohnklasse V
	M.	Pf.	M.	Pf.	M.	Pf.	M.	Pf.	M.	Pf.
Invalidenrente:	125	30	150	60	170	80	190	100	210	120
Witwenrente:	72	9	80	18	86	24	92	30	98	36
Rente für 1 Waise:	36	4,5	40	9	43	12	46	15	49	18
Rente für jede weitere Waise:	27	0,75	27,5	,5	28	2	28,5	2,5	29	3

B. Nach einer mittleren Aktivitätsdauer von 1763 Wochen beträgt:

Invalidenrente:	274,8 M.	Witwenrente:	117,6 M.
Kinderzuschußrente für		Waisenrente für	
1 Kind:	27,6 „	1 Kind:	58,8 „
2 Kinder:	55,2 „	2 Kinder:	89,4 „
3 Kinder:	82,8 „	3 Kinder:	120,0 „
4 Kinder:	110,4 „	4 Kinder:	150,0 „
5 Kinder:	138,0 „	5 Kinder:	181,2 „

Anm.: Die nebenstehenden Durchschnittswerte sind auf Grund der Verteilung der Versicherten über die einzelnen Lohnklassen gemäß der tatsächlichen Beitragsentrichtungen im Jahre 1907 berechnet worden.

Versicherten eine Entschädigung für den infolge besonders gefahrvoller Betriebsarbeit erlittenen Verlust eine Entschädigung zubilligen will. Bei Bemessung der Rentenhöhe mußte sich natürlich die H.V. wegen der sonst zu hohen Beiträge zunächst auf die Befriedigung der notwendigsten Fürsorgebedürfnisse beschränken. Daß sie dieser Mindestanforderung entspricht, die man an sie stellen muß, geht daraus hervor, daß sie die Armenpflege, die gegebenenfalls sonst hätte dafür eingreifen müssen, in den meisten Fällen ersetzen wird, und daß ihre Durchschnittsleistungen meist die durchschnittlichen Armenunterstützungen übertreffen werden.[1] Man darf daraus aber nicht etwa schließen, daß die Renten der H.V. weiter nichts als Armenunterstützungen unter einem besser klingenden Namen seien. Damit würde man vollkommen den grundsätzlichen Unterschied der neuen H.V. von der Armenpflege verkennen. Die H.V. will nicht nur materielle Vorteile den einzelnen Hinterbliebenen in ihrer Notlage bringen, sondern will ihnen jederzeit auch ohne Rücksicht auf sonstige Hilfsquellen die rechtliche Sicherheit ihres Anspruches auf eine gesetzlich festgesetzte Fürsorge zuerkennen, während die Armenpflege den Fürsorgebedürftigen ein bestimmtes subjektives Recht auf Unterstützung nicht einräumt, und eine solche nur in den dringendsten Fällen der Not gewährt, so lange und so weit die Mittel der zur Armenunterstützung verpflichteten Gemeinde oder des Landesverbandes reichen. Noch wichtiger ist, daß die Rentenbezüge der reichsgesetzlichen H.V. vor allem keine Minderung der politischen Rechte, wie bei der Armenpflege zur Folge haben, daß sie keineswegs das im Kampf ums Dasein unentbehrliche Selbstgefühl und die individuelle Energie der Rentner schwächen, wie dies so oft in der sehr bedenklichen Atmosphäre des Armenhauses und der Bettelei zu beobachten ist, und daß endlich der Rentenempfänger durchaus nicht an sozialer Achtung einbüßt, wie dies leider bei dem Armenpflegling der Fall ist.

Zu diesen allgemeinen Vorteilen der Hinterbliebenenrenten besonders für die Empfänger, gesellt sich noch mancher anderer Gewinn. So wird durch sie auch die Freizügigkeit der Witwen gefördert. Beispielsweise ist sehr leicht der Fall denkbar, daß eine Witwe in einer großen Stadt, wo sie bis zum Tode ihres Ehemannes mit diesem lebte, infolge der teueren städtischen Lebenshaltung (Wohnung usw.) kein hinreichendes Auskommen finden, wohl aber auf dem Lande sich mit ihren Kindern ganz gut nähren kann. Wurde solchen Witwen bisher der Zuzug nicht selten von den Landgemeinden wegen der

[1] Nach einem im Deutschen Verein für Armenpflege und Wohltätigkeit im Jahre 1898 erstatteten Berichte (Schriften d. deutschen Vereins für Armenpflege u. Wohlt. Heft 39) wurden von „Stadtverwaltungen" als wöchentliche Unterstützung für weibliche Personen, die allein stehen oder Familienoberhaupt sind, 2,00—3,50 M. und für ein Kind 1—2 M. und für jedes weitere Kind ein um einen gewissen Prozentsatz geringerer Betrag gewährt. Die aus diesen Angaben sich ergebenden jährlichen Unterstützungsbeträge von 100—175 M. für weibliche erwachsene Personen und 50—100 M. für Kinder vergleiche man mit den „durchschnittlichen" Hinterbliebenenrenten bei mittlerer Aktivitätsdauer, die auf S. 70 angegeben sind.

etwa zu erwartenden Armenlasten erschwert, so dürfte sich dies künftig ändern, wenn der Witwe mit ihren Kindern auch nur eine kleine Rente durch die H.V. zusteht, die die Gefahr einer etwaigen Belastung der Landgemeinde erheblich vermindert.

Von nicht geringem Einfluß wird die H.V. auch auf die Armenpflege selbst sein. Zweifellos wird diese entlastet werden, was jedoch noch nicht sagen will, daß sie völlig für die Witwen- und Waisenunterstützung entbehrlich werden wird. In vielen Fällen werden die Hinterbliebenenrenten ungenügend sein, und die Witwen und Waisen auf die Armenpflege angewiesen bleiben, da die H.V. die Höhe ihrer Leistungen nicht nach dem individuellen Bedürfnis, sondern nur nach dem Durchschnittsbedürfnis bemessen konnte. Die Armenpflege wird dementsprechend verschiedentlich die H.V., wo es nötig ist, ergänzen müssen, ähnlich wie man es bei den anderen Versicherungszweigen der R.V. beobachten konnte. Trotzdem darf als sicher gelten, daß die Zahl der auf die öffentliche Armenpflege angewiesenen Witwen und Waisen infolge der H.V. erheblich zurückgehen wird. Jedoch muß es dahin gestellt bleiben, ob sich damit zugleich auch im allgemeinen die Gesamtkosten für die Armenpflege verringern werden. Ich glaube viel eher, daß sich die gleiche Erscheinung zeigen wird, wie ehedem bei Einführung der I.V. Damals wurde mit Recht gleichfalls eine Entlastung der Armenpflege durch die I.V. vorausgesetzt, welche Prophezeihung sich unbestritten erfüllt hat.[2] Trotzdem ist mit der Entlastung nicht immer auch ein Rückgang der Armenpflegekosten zu verzeichnen gewesen. Im Gegenteil haben seit Einführung der I.V. dieselben eher zugenommen. Der Grund hierfür ist in der intensiveren Einzelunterstützung und dem größeren Aufgabenkreis der Armenpflege zu suchen. Ähnlich dürfte die Wirkung der H.V. sein. Durch sie entlastet wird die Armenpflege ihre Mittel anderen sozialen Aufgaben zuwenden, oder schon in Angriff genommene Aufgaben besser durchführen können. Man denke nur, welch große Aufgaben der Armenpflege z. B. noch in der Kleinwohnungsfürsorge und der Waisenerziehung

---

[1] Loening, Conrads Jahrb. 3. Folge. Bd. VIII. 1894. S. 575ff.

[2] Vgl. Schriften des deutschen Vereins für Armenpflege und Wohltätigkeit, Leipzig 1895, Heft 21: Freund, Prüfung der Frage, in welcher Weise die neuere soziale Gesetzgebung auf die Aufgaben der Armengesetzgebung und Armenpflege einwirkt. S. 89ff: Ergebnis:

„Die Armenpflege ist in bedeutendem Maße von Unterstützungsfällen entlastet worden, welche nunmehr von der Arbeiterversicherung erledigt werden, die Arbeiterversicherung hat in erheblichem Maße die Arbeiterbevölkerung vor Inanspruchnahme der öffentlichen Armenpflege bewahrt. Die Arbeiterversicherung hat aber auch auf die Hebung der gesamten Lebenshaltung der unteren Bevölkerungsklassen schon jetzt einen derart mächtigen Einfluß ausgeübt, daß die Armenpflege, indem sie diesem Umstande Rechnung zu tragen genötigt war, die erzielten Ersparnisse durch Verstärkung und Ausdehnung ihrer Leistungen zumeist völlig einbüßt, ja vielfach darüber hinaus Aufwendungen machen mußte."

In der eingehenden Untersuchung wird durch ein umfangreiches Zahlenmaterial der Beweis erbracht, daß relativ die Zahl der Unterstützungsfälle in der Armenpflege zurückgeht, jedoch trotzdem die Leistungen (Armenpflegekosten) wachsen.

(Waisenpflege) harren. Was insbesondere die Waisenpflege anlangt, so wird gerade hier es Aufgabe der Armenpflege werden müssen, die H.V. zu ergänzen.[1] Denn mit den Geldunterstützungen der H.V. allein ist es bei einer durchgreifenden Waisenfürsorge nicht getan. Ihnen müssen notwendig eine gute Pflege und Erziehung zur Seite gehen, wenn einigermaßen ein Ersatz für den Verlust des Ernährers und Erziehers geschaffen werden soll. Im allgemeinen wird die H.V. nicht auch die Waisenpflege übernehmen können und die erzieherische Fürsorge besser den Gemeinden überlassen müssen. Letztere werden nunmehr nach Durchführung der H.V. die ihnen schon früher zustehenden Aufgaben besser erfüllen können, nachdem ihnen einerseits durch Verringerung der Armenpflegekosten größere Mittel hierfür zur Verfügung stehen, und andererseits noch durch die Waisenrente weitere finanzielle Unterstützungen indirekt zufließen werden. So wird dadurch der Mangel an notwendigen Mitteln für eine gute Waisenpflege, und damit die Hauptursache beseitigt werden, daß bisher oftmals die körperliche Entwicklung der Waisen vernachlässigt und die Erziehung ungeeigneten Händen anvertraut wurde.

§ 9. Die Aufbringung der Mittel für die H.V. und deren mittelbare Verwertung für allgemeine soziale Zwecke.

Es ist selbstverständlich, daß mit der H.V., die schon am 1. Januar 1912 in Kraft getreten ist, ein erheblicher Kostenaufwand verbunden ist. Derselbe wird z. T. durch „Reichszuschüsse", und durch gleiche, erhöhte Beiträge der Arbeitgeber und deren Versicherten aufgebracht werden. Die Reichszuschüsse bestehen in jährlichen Beträgen von 50 M. für jede Invaliden-, Alters-, Witwen- und Witwerrente und von 25 M. für jede Waisenrente, sowie in einmaligen Beträgen von 50 M. für jedes Witwengeld und $16^2/_3$ M. für jede Waisenaussteuer. Die neuen Zuschüsse des Reiches für die Witwen- und Waisenrenten und für das Witwengeld und die Waisenaussteuer werden neben den schon für die Zuschüsse zu den Invaliden- und Altersrenten geltenden Gründen[2] noch weiter durch die Aufhebung des § 15 des Zolltarif-

[1] Vgl. die Schriften des deutschen Vereins für Armenpflege und Wohltätigkeit, Leipzig 1897, Heft 29: Brinkmann, Die Armenpflege in ihren Beziehungen zu den Leistungen der Sozialgesetzgebung, S. 28ff:

„Ein noch weit reicheres Bild der Tätigkeit eröffnet sich für die Armenpflege teils dadurch, daß sie berufen ist, die Leistungen der Arbeiterversicherung zu ergänzen, teils dadurch, daß sie vielfach Gelegenheit hat, die Versicherungsorgane in ihren Bemühungen um das Wohl der Versicherten zu unterstützen."

[2] Lass und Zahn, Einrichtung und Wirkung der deutschen Arbeiter-Vers., Berlin 1902, S. 118, rechtfertigt den Reichszuschuß mit folgenden Gründen:

1. Die öffentliche Armenpflegelast wird durch die Arb.-Vers. erleichtert.
2. Die Gesamtheit ist an einer möglichst normalen Gestaltung der sozialen Verhältnisse und an der Aufrechterhaltung der staatlichen Zustände interessiert, für deren Sicherung die Arb.-Vers. beiträgt.
3. Die zwangsweise Verpflichtung der Beteiligten zur Aufbringung der Versicherungslasten rechtfertigt eine Ermäßigung durch die Zuschüsse.

gesetzes gerechtfertigt, wonach die Überschüsse aus gewissen Zolleinnahmen zur H.V. verwendet werden sollten. Wie wir sahen, waren diese Einnahmen außerordentlich schwankend und unsicher, so daß mit ihnen keine sichere und gleichmäßige Hinterbliebenenfürsorge durchgeführt werden konnte. An ihre Stelle sollen daher feste Reichszuschüsse treten. Für die nächsten Jahre werden diese aus dem bis zum 1. Januar 1912 angesammelten Hinterbliebenenversicherungsfonds[1] bestritten werden. Als eine Art Ausgleich, daß das Reich nach Erschöpfung dieses Fonds dann weiterhin die durch die R.V.O. vorgeschriebenen Lasten an Zuschüssen zur H.V. tragen muß, werden künftig die V.-Anstalten den bisherigen auf die Dauer militärischer Dienstleistungen entfallenden Rentenanteil des Reichs auf eigne Rechnung übernehmen müssen. Das Reich hatte nach dem alten I.V.G. bei Invalidenrenten je 18 Pfg. für jede ohne Beitragsleistung in Anrechnung kommende Beitragswoche zu zahlen, während der der Rentner behufs Erfüllung der Wehrpflicht in Friedens-, Mobilmachungs- und Kriegszeiten zum Heere oder zur Marine eingezogen gewesen war oder in Mobilmachungs- oder Kriegszeiten freiwillig militärische Dienstleistungen verrichtet hatte. Der Betrag hierfür betrug im Jahre 1910 835800 M., eine Summe, die außerordentlich gering ist gegenüber der hohen Belastung des Reiches durch die Reichszuschüsse für die H.V. Legt man der Berechnung die finanzielle Begründung zur R.V.O. zugrunde, so stellt sich die durchschnittliche jährliche Belastung des Reiches auf den Kopf des Versicherten auf 1,8452 M. bei Annahme einer Verzinsung von $3\,^1/_2\,\%$, und zwar entfallen:

auf	Witwenrenten . . .	0,4301 M.
„	Witwengeld	0,0862 „
„	Waisenrenten. . . .	1,2295 „
„	Waisenaussteuer . .	0,0994 „
		1,8452 M.

Die schätzungsweise Belastung stellt sich also nach der Zahl der Versicherten in den einzelnen Jahren verschieden hoch. Im Jahre 1910[2] gehörten der I.V. 15659700 Personen an, so daß sich an Rentenzuschüssen für die H.V. 1,8452 M. × 15659700 gleich rund 28 Millionen Mark ergeben haben würde. Da die Zahl der Versicherungspflichtigen die Tendenz hat, von Jahr zu Jahr zuzunehmen, so muß man in den nächsten Jahren mit einer durchschnittlichen jährlichen neuen Reichsbelastung von über 30 Millionen Mark für die H.V. rechnen.[3]

Der weitaus größere Teil des Mehraufwandes für die H.V. soll

---

[1] Gesetz vom 8. April 1907. R.G.Bl. S. 89.

[2] Statist. Jahrb. des Deutschen Reiches 1912. S. 372.

[3] In den ersten Jahren wird dieser Betrag natürlich nicht erreicht werden, während er in den späteren Jahren überstiegen werden wird, bis ein Beharrungszustand in der Renten-Ab- und Zunahme eingetreten ist. Zu den Zuschüssen für die H.V. kommen noch die Reichszuschüsse für die I.- und Alters-V., die im Jahre 1911 über 53 Millionen Mark betrugen.

durch Beiträge der Arbeitgeber und Versicherten beschafft werden. Zufolge der engen Vereinigung der H.V. mit der I.V. werden für jeden der beiden Versicherungszweige nicht besondere Beiträge, sondern insgesamt Einheitsbeiträge erhoben, was die Durchführung der neuen Versicherung wesentlich erleichtern wird. Man hat an dem alten Prämiendurchschnittsverfahren mit gleichhohen Beiträgen und dem Markensystem der I.V. festgehalten und nur lediglich die Beiträge erhöht, die zu gleichen Teilen Arbeitgeber und Versicherte zu tragen haben. Wenn dabei auch die unverheirateten Versicherten durch die erhöhten Beiträge mit zur Deckung der Kosten der H.V. herangezogen werden, ohne eigentlich einen direkten Vorteil von der H.V. zu haben, so hat dies seinen berechtigten Grund. Die große Heiratswahrscheinlichkeit solcher Leute und die zu besorgenden erschwerten Arbeitsbedingungen für verheiratete Versicherte sprachen gegen die Befreiung der Unverheirateten von der erhöhten Beitragsleistung. Ebenso konnte kein Unterschied zwischen den männlichen und weiblichen Versicherten gemacht werden, da es sowohl Aufgabe des Vaters wie der Mutter ist, gegebenenfalls für ihre verwaisten Kinder gesorgt zu haben. Die R.V.O. setzt demzufolge für alle Versicherten Einheitsbeiträge in den einzelnen fünf Lohnklassen fest.[1] Es betrugen bisher und betragen künftig die Wochenbeiträge:

in Lohnkl.	I	bis	350 M.		bisher	14	Pfg.,	künftig	16	Pfg.
„ „	II	über	350—550 M.		„	20	„ ,	„	24	„
„ „	III	„	550—850 „		„	24	„ ,	„	32	„
„ „	IV	„	850—1150 M.		„	30	„ ,	„	40	„
„ „	V	„	1150 M.		„	36	„ ,	„	48	„

Dies bedeutet eine Erhöhung:

in Lohnkl.	I	um	14,3 %
„ „	II	„	20 %
„ „	III—V	„	je 33,3 %

Daß die höheren Lohnklassen in stärkerem prozentualen Verhältnis zu den neuen Kosten herangezogen werden, erklärt sich aus dem höheren Risiko, das die in diesen Lohnklassen Versicherten gegenüber den in den niederen Lohnklassen versicherten, überwiegend ledigen und meist weiblichen Personen für die H.V. bieten. Aus demselben Grunde werden die durch die R.V.O. neu eingeführten Kinderzuschußrenten, deren Kosten mit durch die erhöhten Beiträge gedeckt werden sollen, auch für die Invalidenrentner der höheren Lohnklassen weit mehr als wie für die niederen Lohnklassen in Frage kommen. Trotz dieser größeren prozentualen Steigerung der Wochenbeiträge der höheren Lohnklassen haben diese auch weiterhin im Verhältnis zu dem versicherten Jahresarbeitsverdienste geringere Versicherungsprämien

[1] Im Jahre 1920 werden die Wochenbeiträge nach dem Gesetze wieder neu geprüft und bestimmt.

zu zahlen, als die niederen Lohnklassen.[1] Fünfzig Wochenbeiträge z. B. betrugen bisher und betragen künftig:

in Lohnkl.	I	bisher	—2%,	künftig	—2,29%
„ „	II	„	2,86%—1,82%,	„	3,43%—2,18%
„ „	III	„	2,18%—1,40%,	„	2,91%—1,9%
„ „	IV	„	1,76%—1,30%,	„	2,36%—1,7%
„ „	V	„	1,56%—(0,9%)[1],	„	2,09%—(1,2%)[2]

des versicherten Jahresarbeitsverdienstes.

Um die Gesamtbelastung der Arbeitgeber und Versicherten durch die neuen erhöhten Beiträge gegenüber den alten Beiträgen der I.V. festzustellen, geht man am besten von dem letzten Rechnungsabschluß der I.V. vom Jahre 1910 aus.[3] Dort ist u. a. die Zahl der Wochenbeiträge in den einzelnen Lohnklassen nachgewiesen.[4] Berechnet man deren Wert nach den Vorschriften des alten Gesetzes und nach denen der R.V.O., so erhält man aus dem Unterschied beider Berechnungen die gesuchte Mehrbelastung. Es sind bei der I.V. im Jahre 1910 nachgewiesen worden:

	Zahl der Wochenbeiträge	Höhe der bisherigen neuen Wochenbeiträge		Einnahmen aus den Beiträgen bei Erhebung	
		Pf.	Pf.	der bisherigen Wochenbeiträge in Mill. Mark	der neuen Wochenbeiträge in Mill. Mark
Lohnklasse I	64158625	14	16	8,982	10,265
„ II	169234473	20	24	33,847	40,616
„ III	188432771	24	32	45,224	60,437
„ IV	137539103	30	40	41,617	55,016
„ V	190918167	36	48	68,730	91,640
Summe I—V	—	—	—	198,400	257,974

Die Mehrbelastung beträgt hiernach: 257,974 Millionen Mark — 198,4 Millionen Mark = 59,574 Millionen Mark. Da der Kreis der versicherungspflichtigen Personen durch die R.V.O. in der I.- und II.V. am 1. Januar 1912 etwas größer geworden ist, und die Zahl der Versicherungspflichtigen sich auch sonst noch jährlich infolge der Bevölkerungszunahme vergrößert, so kann für die nächsten Jahre mit

[1] Die niedrigeren im Verhältnis zum Jahresarbeitsverdienst bemessenen Versicherungsbeiträge der höheren Lohnklassen haben ihren Grund in der der I.V. zugrunde liegenden Rentenberechnung, wo nach den geringeren prozentualen Prämien auch geringere prozentuale Leistungen gegenüberstehen (vgl. oben S. 55).

[2] Die Zahl in Klammern gibt das Verhältnis der 50 Wochenbeiträge zu dem Jahresarbeitsverdienst von 2000 M. an.

[3] Die finanzielle Begr. z. Entw. d. R.V.O. konnte bei dieser Berechnung nicht herangezogen werden, da die Kommission die Beiträge erhöhte, die dort der Berechnung zugrunde gelegt waren. Auch waren im Entwurf die Kinderzuschußrenten noch nicht vorgesehen, die erst durch Reichstagsbeschluß eingeführt wurden.

[4] A.N., 1912, S. 186.

einer Mehrbelastung der deutschen Arbeitgeber und Versicherten der I.- und H.V. von rund 61 Millionen Mark gerechnet werden, wovon voraussichtlich 13 Millionen Mark zur Deckung der neuen Kinderzuschußrenten verwendet werden. Mit den neuen durchschnittlichen jährlichen Reichszuschüssen gibt dies zusammen für die H.V. einen neuen Kostenaufwand von 30 Millionen Mark + 61 Millionen Mark = 91 Millionen Mark.

Außer durch diesen Betrag werden die Kosten der H.V. endlich noch durch die Ersparnisse von „Beitragserstattungen" der I.V. gedeckt, die nach den §§ 42—44 des alten I.V.-Gesetzes

1. an weibliche Versicherte im Falle der Verheiratung,

2. an die Versicherten, die eine dauernde Unfallrente bezogen,

3. an die Hinterbliebenen (an die Witwe und vaterlosen Kinder unter 15 Jahren) eines vor Bewilligung der Rente verstorbenen Rentenantragstellers

zu zahlen waren, jedoch mit der Durchführung der H.V. fortfallen. Diese Beitragserstattungen betrugen im Jahre 1910 9,43 Millionen Mark.[1] Ihr Wegfall wird im allgemeinen kaum als Härte empfunden werden. Denn die Beitragserstattungen an die Hinterbliebenen (3) beim Tode eines Rentenantragstellers verlieren mit Einführung der H.V. an sich ihre Berechtigung. Auch für die Erstattung der Beiträge an weibliche Versicherte (1) wegen Eheschließung fällt mit der H.V. jeder Grund weg. Wenn früher weibliche Personen, die infolge der Verheiratung die versicherungspflichtige Beschäftigung aufgaben, die Anwartschaft durch Weiterversicherung nicht aufrecht erhalten wollten, so war dies begreiflich, weil sie damit nur Anspruch auf eine für sie schwer zu bestimmende Invalidenrente oder Altersrente erwerben konnten. Durch die H.V. können sie künftig neben diesem Anspruch gegebenenfalls auch noch Renten für ihre Hinterbliebenen, sowie beim Tode ihres Mannes für sich ein Witwengeld erlangen, was eine Weiterversicherung bedeutend vorteilhafter und allgemein wünschenswerter macht. Was schließlich die Beitragserstattung an Versicherte der I.V. anbelangt, die eine dauernde Unfallrente beziehen (2), so war dies an sich schon ungerechtfertigt. Denn, daß ein Verunglückter, dem die höhere Unfallrente zusteht, für seine Invalidenversicherungsbeiträge keine Rente erhält, kann durchaus nicht als ein Grund für die Erstattung der Hälfte der Beiträge angesehen werden, wie es das alte I.V.-Gesetz vorschrieb. Hatte doch die R.V., als eine einheitliche Fürsorgeeinrichtung betrachtet, mit der Unfallrente schon einen hinreichenden Ersatz für den Schaden geboten. Zudem ist es im Wesen einer jeden Versicherung begründet, daß ein Teil der Versicherten seine Prämien ohne eigene Nutznießung entrichtet. Mit Recht hat daher die R.V.O. auch diese Beitragserstattung an Unfallrentner beseitigt. Zum Teil wird dies auch im Interesse der Unfallrentner selbst

[1] A.N. 1912, S. 284 und A.N. 1912, S. 211ff., wo die Beitragserstattungen für (1)—(3) einzeln aufgeführt sind.

sein, da dadurch die Anwartschaft auf Leistung der I.- und H.V. erhalten bleibt, so daß u. U. den Hinterbliebenen des Unfallrentners noch Hinterbliebenenbezüge aus der H.V. gewährt werden können.

Die größeren Einnahmen der V. Anstalten infolge des Wegfalles der Beitragserstattungen und infolge der höheren Beiträge der Arbeitgeber und Versicherten werden nicht nur unmittelbar zur Kostendeckung der Hinterbliebenenbezüge und Kinderzuschußrenten dienen, sondern sie werden auch mittelbar für allgemeine soziale Zwecke nutzbar gemacht werden. Denn teilweise werden aus den erhöhten Einnahmen neue unentbehrliche Mittel für eine segensreiche und stark betonte Betätigung der V.-Anstalten auf dem Gebiete des Heilverfahrens zur Verfügung gestellt werden können. Neue größere Ausgaben werden möglich sein für die Bekämpfung von Volkskrankheiten, besonders der Lungentuberkulose, Geschlechtskrankheiten und des Alkoholmißbrauches, Krankheiten, gegen die bisher hauptsächlich von den V.-Anstalten bei den Versicherten, ja oftmals auch bei deren Angehörigen ein Heilverfahren eingeleitet wurde.[1] Dazu werden durch größere Kapitalanlagen mannigfache Maßnahmen gemeinnütziger Art weiter gefördert werden können, für die die I.V. zur Hebung der Volkswohlfahrt bisher schon erhebliche Mittel zur Verfügung gestellt hatte. So werden die Darlehen zum Bau von Arbeiterfamilienwohnungen (342,3)[2], Ledigenheimen (19,9), sowie zur Befriedigung des kleinbäuerlichen Kreditbedürfnisses (114,2) vermehrt, die Bestrebungen der Wohlfahrtspflege (482,5), insbesondere Bau von Krankenhäusern, Genesungsheimen, Volksheilstätten usw. (105,6), sowie die Unternehmungen der öffentlichen Gesundheitspflege, z. B. Bau von Volksbädern, Schlachthäusern, Wasserleitungs-, Kanalisations- und Entwässerungsanlagen usw. (165) in größerem Umfange durch reichlichere Mittel unterstützt und endlich die Beträge für Erziehung, Unterricht und Volksbildung (81,5) erhöht werden können. Auch gesetzlich gestützt wird künftig dieser gemeinnützige Betätigungsdrang der V.-Anstalten werden, der schon bisher in glänzender Weise zutage getreten ist. Bisher konnten sich die V.-Anstalten bei ihrer allgemeinen Betätigung auf dem Gebiete des Heilverfahrens und der sozialen Fürsorge nur auf den § 18 des alten I.V.-Gesetzes stützen, wo die Heilfürsorge nur im Einzelfalle vorgesehen war. Wenn trotzdem die I.V.-Anstalten weit über den in § 18 vorgezeichneten Aufgabenkreis hinausgingen, so geschah dies mit Zustimmung und unter Förderung der Aufsichtsbehörde, des R.V.-Amtes. Die gemeinnützigen Veranstaltungen der I.V.-Träger wurden auch bei Beratung der R.V.

[1] Welch große Beachtung das Heilverfahren bei den V.-Anstalten fand, beweist, daß bei ihnen im Jahre 1910 über 114000 Personen mit einem Kostenaufwand von über 21,1 Millionen Mark in Heilbehandlung genommen worden waren (vgl. A.N. 1912, S. 194).

[2] Die in Klammer angegebenen Zahlen geben die Beträge in Millionen Mark wieder, die bis Ende 1911 von dem über 1,7 Milliarden Mark betragenden Gesamtvermögen der V.-Anstalten für die genannten gemeinnützigen Zwecke ausgegeben worden waren (A.N. 1912, S. 252ff.).

gebilligt, so daß nunmehr in § 1274 der R.V.O. eine feste gesetzliche Grundlage für die Maßnahmen der V.-Anstalten zu allgemeinen Heil- und Gesundheitszwecken geschaffen wurde. Nach diesem Paragraphen dürfen mit Genehmigung der Aufsichtsbehörde die Mittel der V.-Anstalten dazu verwendet werden, „allgemeine Maßnahmen zur Verhütung des Eintritts vorzeitiger Invalidität unter den Versicherten oder zur Hebung der gesundheitlichen Verhältnisse der versicherungspflichtigen Bevölkerung zu fördern oder durchzuführen". Es ist sicher, daß mit dieser gesetzlichen Regelung das Gebiet der sozialen Fürsorge durch die V.-Anstalten weiterhin aufs beste ausgebaut werden wird, zumal ihnen die Einführung der H.V. nicht nur die Mittel zur Verfügung, sondern auch neue Aufgaben, z. B. Bau von Waisenhäusern, Ausgestaltung der Waisenpflege usw. stellen wird.

Neuer reicher Gewinn wird daraus dem deutschen Volke durch Stärkung der Volkskraft, Rückgang der Sterblichkeit und Hebung der wirtschaftlichen Lage des Volkes erwachsen.

Anhang.

Rentenberechnung der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

(Ohne Berücksichtigung der Vorschriften für die Übergangszeit nach dem 1.1.1912.)

Annahme:

Eine Person X habe zur Zeit Pflichtbeiträge nachgewiesen für:

50	Beitragswochen	der Lohnklasse	I
40	„	„	II
50	„	„	III
200	„	„	IV
200	„	„	V

140 anrechnungsfähige Militär- und Krankheitswochen.
X habe 6 Kinder unter 15 Jahren.

I. Berechnung der Invalidenrente (einschließlich der Kinderzuschußrente) für X.

1. Invalidenrente.

a) Reichszuschuß: (stets) 50,— M.

b) Grundbetrag: (berechnet stets nur für die höchsten 500 Beitragswochen).

200 ×	20 Pfg.	(Lohnkl.	V)	40,— M.
200 ×	18 „	(„	IV)	36,— „
50 ×	16 „	(„	III)	8,— „
40 ×	14 „	(„	II)	5,60 „
10 ×	14 „	(Militär- und Krankheitsw.)		1,40 „
/ ×	12 „	(Lohnkl.	I)	—,— „
(500)		Grundbetrag:		91,— M. 91,— „

c) Steigerungssatz (berechn. für alle Beitragsw.):

50 ×	3 Pfg.	(Lohnkl.	I)	1,50 M.
40 ×	6 „	(„	II)	2,40 „
50 ×	8 „	(„	III)	4,— „
200 ×	10 „	(„	IV)	20,— „
200 ×	12 „	(„	V)	24,— „
140 ×	6 „	(Militär- und Krankheitsw.)		8,40 „
		Steigerungssatz:		60,30 M. 60,30 „

Invalidenrente ohne Kinderzuschußrente: 201,30 M.

2. Kinderzuschußrente (gewährt bis zu 5 Kindern in Höhe von 10 % der I.R. für je 1 Kind).

201 M. 30 Pfg. 0,1 × 5 = 100,65 M.

Kinderzuschußrente:	100,65 M.
Invalidenrente:	201,30 M.
3. Invalidenrente mit Kinderzuschußrente:	301,95 M.

Die Rente ist in monatlichen Teilbeträgen zu zahlen, die auf 5 Pfg. aufgerundet sind:

301,95 M. : 12 = 25,16 M.

Die Invalidenrente mit Kinderzuschußrente von X beträgt: 25,20 M. monatlich.

II. Berechnung der Renten für die Hinterbliebenen von X.

1. Witwenrente (für die invalide Ehefrau),
oder Witwerrente (für den erwerbsunfähigen Ehemann) von X.
oder vorübergehende Witwenkrankenrente (nach 26 wöch. Invalidität).

a) Reichszuschuß:	50,— M.
b) $^3/_{10}$ des Grundbetrages der Invalidenrente: (vgl. I, 1 b)	
$^3/_{10}$ von 91,— M. = 27,30 M.	27,30 „
c) $^3/_{10}$ des Steigerungssatzes der Invalidenrente: (vgl. I, 1c)	
$^3/_{10}$ von 60,30 M. = 18,09 M.	18,09 „
	95,39 M.

95,39 M. : 12 = 7,95 M.

Die Witwen- bzw. Witwerrente beträgt 7,95 M. monatlich.

2. Waisenrente (für die 6 Kinder unter 15 Jahren von X, falls nach dem Gesetz überhaupt welche zu gewähren ist.)

A) Für 1 Waise:

a) Reichszuschuß:	25,— M.
b) $^3/_{20}$ des Grundbetrages der Invalidenrente: (vgl. I, 1b)	
$^3/_{20}$ von 91,— M. = 13,65 M.	13,65 „
c) $^3/_{20}$ des Steigerungssatzes der Invalidenrente: (vgl. I, 1c)	
$^3/_{20}$ von 60,30 M. = 9,05 M.	9,05 „
Für 1 Waise jährlich:	47,70 M.

B) Für jede weitere Waise:

a) Reichszuschuß: 25,— M.

b) $^1/_{40}$ des Grundbetrages der Invalidenrente: (vgl. I, 1b)

$^1/_{40}$ von 91,— M. = 2,28 M. 2,28 „

c) $^1/_{40}$ des Grundbetrages der Invalidenrente (vgl. I, 1c)

$^1/_{40}$ von 60,30 M. = 1,51 M. 1,51 „

Für jede weitere Waise: 28,79 M.

C) Für alle 6 Waisen also:

1 × 47,70 M. = 47,70 M.

5 × 28,79 M. = 143,95 „

191,65 M.

Auf 1 Waise kommt hier somit (191,65 M. : 6 = 31,94 M. : 12 = 2,66 M.) eine Rente von 2,70 M. monatlich.

III. Berechnung des an die Hinterbliebenen von X einmalig zu zahlenden Witwengeldes und der Waisenaussteuer.

1. Witwengeld:

12 × Monatsbetrag der Witwenrente: (vgl. II, 1).

12 × 7,95 M. = 95,40 M.

Das einmalig beim Tode von X an die Witwe zu zahlende Witwengeld beträgt hier 95,40 M., falls die versicherte Witwe selbst die Anwartschaft aufrecht erhalten und die Wartezeit auch ihrerseits erfüllt hat.

2. Waisenaussteuer:

8 × Monatsbetrag der bezogenen Waisenrente: (vgl. II, 2)

8 × 2,70 M. = 21,60 M.

Das einmalig nach Vollendung des 15. Lebensjahres an das älteste der 6 Kinder von X zu zahlende Waisenaussteuergeld beträgt hier 21,60 M., falls die Mutter zur Zeit die Wartezeit erfüllt und Anwartschaft aufrecht erhalten hat.

Anm.: Die Waisenaussteuer der jüngeren Waisen wird immer um einen kleinen Betrag höher, da sich bei Ausscheiden der älteren Waise auch stets die Waisenrente anders (vgl. II) berechnet. Die jüngste Waise erhält nach Vollendung des 15. Lebensjahres: (vgl. II)

$$8 \times \frac{47{,}70}{12} \text{ M.} = 8 \times 4{,}00 \text{ M.} = 32{,}— \text{ M.}$$

IV. Berechnung der Altersrente von X.

(berechnet sich zurzeit noch nach dem Einführungsgesetz zur R.V.O. Art. 65 u. 66).

Reichszuschuß: 50,—M.

Anteil der Versicherungsanstalt:

$$\frac{(50 \cdot 60) + (40 \cdot 90) + (50 \cdot 120) + (200 \cdot 150) + (200 \cdot 180) + (140 \cdot 90)}{680} = 134{,}15\ \text{M.}$$

184,15 M.

Erklärung: 60, 90, 120, 150, 180 sind die Anteile der Versicherungsanstalt in Mark in den einzelnen Lohnklassen (vgl. Tab. S. 66 Nr. 3) 50, 40, 50, 200, 200, 140 sind die nachgewiesenen Beitragswochen und 680 ist ihre Summe.

184,15 M. : 12 = 15,35 M.

Die Altersrente beträgt hier 15,35 M. monatlich.

Literaturnachweis.

I. Quellennachweis zu den Entwürfen und Kommissionsberichten der Arbeiterversicherungsgesetze.

Vorbemerkung: Zum Verständnis und zur Erklärung der Arbeiterversicherungsgesetze ist es sehr oft nötig, auf die ursprünglichen Quellen zurückzugehen. Eine Zusammenstellung aller grundlegenden Materialien hierfür schien daher geboten.

* Bedeutet, daß das Gesetz bis zum Inkrafttreten der R.V.O. in Geltung war.

† Bedeutet, daß das Gesetz auch noch nach Inkrafttreten der R.V.O. in Geltung bleibt.

A. Zur Unfallversicherung.

1) a) Gesetz vom 6. Juli 1884 betr. Unf.-Vers. der Industrie (R.G.Bl. S. 69).
2) 1. Unf.-Vers.-Entw. vom 8. März 1881 Reichst.-Drucks. 4. Leg.-Per. 4. Sess. 1881 Bd. 3 Anl. Nr. 41 S. 222.
3) Kommissionsbericht hierzu a. a. O. Bd. 4 Nr. 159 S. 829.
4) Zusammenstellung der Beschlüsse in 3. Lesung des Reichstages a. a. O. Bd. 4 Nr. 260 S. 1157.
5) 2. Unf.-Vers.-Entw. vom 8. Mai 1882 5. Leg.-Per. 2. Sess. 1882 bis 1883 Bd. 5 Anl. Nr. 19 S. 173.
6) 3. Unf.-Vers.-Entw. vom 6. Juli 1884 5. Leg.-Per. 4. Sess. 1884 Bd. 3 Anl. Nr. 4 S. 50.
7) Komm.-Bericht hierzu a. a. O. Bd. 4 Anl. Nr. 115 S. 858.
8) b) Gesetz vom 28. Mai 1885, betr. Ausdehnung der Unfall- u. Krankenversicherung (R.G.Bl. S. 159).
9) Entw. hierzu vom 17. Dezember 1884 6. Leg.-Per. 1. Sess. 1884/85 Bd. 5 Anl. Nr. 77 S. 249.
10) Komm.-Ber. hierzu a. a. O. Bd. 6 Anl. Nr. 238 S. 1068.
11) c) Gesetz vom 5. Mai 1886 Abschnitt A) betr. die Unf.-Vers. der in land- und forstwirtschaftl. Betrieben beschäftigten Personen (R.G.Bl. S. 132).
12) 1. Entw. vom 3. Januar 1885 6. Leg.-Per. 1. Sess. 1884/85 Bd. 5 Anl. Nr. 81 S. 281.
13) 2. Entw. 6. Leg.-Per. 2. Sess. 1885/86 Bd. 4 Anl. Nr. 75 S. 366.
14) Komm.-Ber. hierzu Bd. 6 Anl. Nr. 252 S. 1186.
15) d) Gesetz vom 11. Juli 1887 betr. die Unf.-Vers. der bei Bauten beschäftigten Personen (R.G.Bl. S. 287).
16) Entw. hierzu vom 3. März 1887 7. Leg.-Per. 1. Sess. 1887 Bd. 3 Anl. Nr. 11 S. 190.
17) Komm.-Ber. hierzu Bd. 4 Anl. Nr. 123.
18) e) Gesetz vom 13. Juli 1887 betr. die Unf.-Vers. der Seeleute und anderer bei der Seeschifffahrt beteiligter Personen (R.G.Bl. S. 329).
19) Entw. hierzu vom 3. März 1887 7. Leg.-Per. 1. Sess. 1887 Bd. 3 Anl. Nr. 6 S. 26.
20) Komm.-Ber. hierzu Bd. 4 Anl. Nr. 163 S. 1189.
21) f) * Gesetz vom 30. Juni 1900 betr. die Abänderung der Unfallversicherungsgesetze (in der Fassung der Bekanntmachung des Reichskanzlers vom 5. Juli 1900 (R.G.Bl. S. 573).

22) 1. Entw. vom 17. November 1896 9. Leg.-Per. 4. Sess. 1895/97 Bd. 5 Anl. Nr. 570 S. 2355.
23) 2. Entw. vom 3. Januar 1900 10. Leg.-Per. 1. Sess. 1898/1900 Bd. 4 Anl. Nr. 523 S. 3048.
24) Komm.-Ber. zum 2. Entw. Bd. 6 Anl. Nr. 703a bis d S. 4415.
25) g) Sonderunfallversicherungsgesetze.
1. Gesetz vom 15. März 1886 betr. Unfallfürsorge für Beamte und für Personen des Soldatenstandes (R.G.Bl. S. 59).
2. † Gesetz vom 30. Juni 1900 betr. Unfallfürsorge für Gefangene (R.G.Bl. S. 536).
3. † Gesetz vom 18. Juni 1901 betr. Unfallfürsorge für Beamte und für Personen des Soldatenstandes (R.G.Bl. S. 211) teilweise aufgehoben durch das Militärpensionsgesetz vom 31. Mai 1906 (R.G.Bl. S. 593).

B. Zur Krankenversicherung.

26) a) Gesetz vom 15. Juni 1883 (R.G.Bl. S. 273).
27) Entw. hierzu vom 29. April 1882 5. Leg.-Per. 2. Sess. 1882/83 Bd. 5 Anl. Nr. 14 S. 124.
28) Komm.-Ber. hierzu Bd. 6 Anl. Nr. 211 S. 767.
29) b) Gesetz vom 28. Mai 1885 betr. Ausdehnung der Unfall- und Krankenversicherung. (R.G.Bl. S. 159 vgl. oben Nr. 9 u. 10).
30) c) Gesetz vom 5. Mai 1886 Abschnitt B. betr. die Krankenversicherung der in land- und forstwirtschaftlichen Betrieben beschäftigten Personen (R.G.Bl. S. 132) vgl. hierzu oben Nr. 12—14.
betr. Abänderung des Gesetzes von 1883.
31) d) * Gesetz vom 10. April 1892 (R.G.Bl. S. 417).
32) Entw. hierzu vom 22. November 1890 8. Leg.-Per. 1. Sess. 1890/92 Anl. Bd. 2 Nr. 151 S. 882.
33) Komm.-Ber. hierzu Anl. Bd. 3 Nr. 381 S. 2330 bzw. Anl. Bd. 5 Nr. 644 u. 666.
34) e) * Gesetz vom 30. Juni 1900 betr. Abänderung des Krankenversicherungsgesetzes (R.G.Bl. S. 332).
35) f) * Gesetz vom 25. Mai 1903 betr. die Abänderung des Krankenversicherungsgesetzes (R.G.Bl. S. 233).

C. Zur Invalidenversicherung.

36) a) Gesetz vom 22. Juni, 1889 betr. die Invaliditäts- und Altersversicherung (R.G.Bl. S. 267).
37) 1. Hierzu Grundzüge vom 17. November 1887 nebst Denkschrift, Heymanns Verlag Berlin 1887.
38) 2. Entw. vom 22. November 1888 7. Leg.-Per. 4. Sess. 1888/89 Anl. Bd. 4 Nr. 10 S. 31.
39) Komm.-Ber. hierzu Anl. Bd. 5 Nr. 141 S. 895, Bd. 6 Nr. 196 S. 1223.
40) b) * Gesetz vom 13. Juli 1899 (Invalidenversicherungsgesetz (R.G.Bl. S. 463).
41) 1. Konferenz im Reichsamt des Innern im Jahre 1895 (gedrucktes Protokoll nicht der Öffentlichkeit übergeben).
42) 2. 1. Entw. vom 26. Februar 1879. 9. Leg.-Per. 4. Sess. Anl. Nr. 696.
43) 3. 2. Entw. vom 19. Jan. 1899 10. Leg.-Per. 1. Sess. Anl. Nr. 93.
44) Komm.-Ber. hierzu Anl. Nr. 270.

D. Zur Reichsversicherungsordnung.

45) Gesetz vom 19. Juli 1911 nebst Einführungsgesetz (R.G.Bl. S. 509).
46) 1) „Grundzüge für die Abänderung der Organisation, des Verfahrens und des Instanzenzuges in Arbeiterversicherungssachen" des Reichsversicherungsamtes des Innern vom 5. März 1908.
47) 2) Konf. im Reichsamt des Innern vom 23.—27. Oktober 1908.
48) 3) 1. Entw. vom Jan. 1909 unwesentlich verändert erschienen als:

49) 4) 2. Entw. vom 2. April 1909 in Heymanns Verlag 1909.
50) 5) 3. Entw. vom 12. März 1910 12. Leg.-Per. 2. Sess. 1910 Anl. Nr. 340 (auch im Verlag von Heymann erschienen).
51) 6) 1. Lesung 18.—20. April 1910 vgl. Stenographische Berichte der Verhandlungen des Reichstages.
52) 7) Bericht der 16. Komm. d. Reichst. (auch im Verlag von Heymann erschienen).
53) 8) 2. Lesung 5.—22. Mai 1911 vgl. Stenogr. Ber. d. Reichst.
54) 9) 3. Lesung 30. Mai 1911 vgl. Stenogr. Ber. d. Reichst.

II. Literaturnachweis für die Reformvorschläge zur Reichsversicherung vor der R.V.O.

1) A. v. List: Das geltende deutsche Arbeiterversicherungsrecht und das Problem seiner künftigen Vereinheitlichung, Berlin-Grunewald 1906. S. 215ff. bringt der Verfasser die Grundzüge der Reformvorschläge von:
2) Düttmann: Umbau der Arbeiterversicherung, Arbeiterversorgung 1904.
3) Freund: Die Zentralisation der Arbeiterversicherung, Berlin 1888.
4) F. v. Jagwitz: Die Vereinheitlichung der Arbeiterversicherung und der 7. Internationale Arbeiterversicherungskongreß, Berlin 1906.
5) Konferenz vom 4.—9. November 1895 im Reichsamt des Innern.
6) Kulemann: Die Reform unserer Sozialversicherung, Leipzig 1894.
7) v. d. Osten: Grundzüge einer Reform der Arbeiterversicherung.
8) Schäffle: Der korporative Hilfskassenzwang, Tübingen 1884.
9) Schäffle: Arbeiterversicherung, Handw. d. Staatsw. 1892.
10) Seybold: Das Gesamtversicherungsgesetz.

11) Stier-Somlo: Zur Reform der Arbeiterversicherung, Archiv für Sozialwissenschaft und Sozialpolitik 1908 Bd. 27 S. 172. Im 1. Teil geht Verfasser auf die Reformvorschläge ein von:
12) Düttmann: Umbau der Arbeiterversicherung. Arbeiterversorgung Bd. 21.
13) v. Frankenberg: vgl. Volkstüml. Zeitschr. für prakt. Arbeitervers. 1904 und Zeitschr. für die gesamte Versicherungswissenschaft 1904 Heft 4.
14) Goetze: Vgl. Arbeiterversorgung 1905 S. 477.
15) G. Hahn: Vgl. Arbeiterversorgung 1905 S. 351. Reformblatt für Arbeitervers. 1906 S. 325.
16) Kleeis: Der Aus- und Umbau der Arbeiterversicherung. Berlin 1907.
17) Mayet: Vgl. Zeitschr. f. Medizin. Ref. 1906 Nr. 10.
18) Meesmann: Reform der Arbeiterversicherung, Vortrag Mainz 1907.
19) Reichstagsreden des Staatssekr. Grafen Posadowsky vom 2. März 1905 und 11. April 1907.
20) Seelmann: Vgl. unten Nr. 36.
21) Zacher: Zur Vereinfachung der Arbeiterversicherung, Arbeiterversorgung Bd. 20.

Außer den schon oben angeführten Schriften seien noch genannt:

22) Bödicker: Vereinfachung der Arbeiterversicherung vgl. Ber. d. 7. Int. Arbeitervers.-Kongr. in Wien 1905.
23) van d. Borght: Zur Reform der deutschen Arbeiterversicherung. Jahrb. f. Nat.-Ökonomie u. Statistik 3. Folge Bd. 13.
24) Freund: Vereinfachung der Arbeiterversicherung. Berlin 1896.
25) Forderung und Vorschläge der Ärzte zur Abänderung der deutschen Arbeitervers.-Ges., herausgeg. von d. deutschen Ärztevereinsbundes, Weimar 1905.
26) Gebhard: Die Reform der Invaliditäts- und Arbeiterversicherung. Mainz 1893.
27) v. Löber: Die Versicherung d. Arbeiter, Witwen und Waisen. Berlin 1907.
28) Lohmar: Über Reform und Vereinheitlichung unserer Arbeiterversicherung, Köln 1905.

29) Piloty: Der Versicherungs-Zwang in der deutschen Arbeiterversicherung u. die Thesen des Dr. Zacher, Stuttgart 1910.
30) Popoff: Die Kranken-Versicherung in Deutschland u. ihre Vereinfachung. Diss. Leipzig 1902.
31) Romacker: Die Reichs-Versicherung, Umbau u. Ausbau der Arbeiter-Versicherung u. Vorschläge zur Errichtung einer Reichs-Versicherung. Grunewald-Berlin 1904.
32) Rosin: Umschau und Vorschau auf dem Gebiete der Arbeiter-Versicherung. Berlin 1898. Bestrebung zur Vereinfachung der deutschen Arbeiter-Versicherung. Zeitschr. f. die gesamte Versicherungs-Wissenschaft 1909.
33) Roth: Zur Reform der Unfall-Versicherung. Frankfurt a. M.
34) Schirbel: Wie könnte sich die Sozial-Versicherungs-Reform gestalten? Berlin 1907.
35) Schwenger: Beschäftigung als Grundlage der Arbeiter-Versicherungs-Pflicht. Tübingen 1910.
36) Seelmann: Das gesamte Material zur Reform der Arbeiterversicherung. Frankfurt a. M. 1906.
37) Zeller: Die Vereinfachung und Verschmelzung der Arbeiter-Versicherung. Leipzig 1896.
38) Zahlreiche Artikel vor 1909 in den verschiedenen Zeitschriften für Versicherung und Sozialpolitik (vgl. Literatur-Nachw. hierfür im Vers.-Lexikon v. Manes im Ergänzungsband. Tübingen 1913. S. 544).

III. Literaturnachweis über die Kritik der Entwürfe zur Reichsversicherungsordnung.

1) Düttmann: Randbemerkungen zum Entwurf der Reichs-Versicherungs-Ordnung; erweiterter Abdruck aus Nr. 11—22 d. Arbeiterversorgung. Groß-Lichterfelde 1909.
2) Erörterungen zur Reichsversicherungs-Ordnung. Veröffentlichung des deutschen Vereins für Vers.-Wissenschaft. Heft XVIII. Berlin 1910. Enthaltend die Kritik von:
Zwiedineck-Südenhorst, Karlsruhe.
Schmid, Augsburg.
v. Köbke, Darmstadt.
Stiegler, München.
Hahn, Zehlendorf-Berlin.
3) Lohmar: Die Reichsversicherungsordnung. Frankfurt a. M. 1909.
4) Meesmann: Entwurf einer Reichsversicherungsordnung. Bemerkung zur Orientierung und Kritik. Deutscher Verlag 1909.
5) Seelmann: Die freiwillige Zusatzversicherung in der R.V.O. vgl. oben Nr. 1.
6) Stier-Somlo: Die Ärztefrage und der Staat. Frankfurt a. M. 1910.
7) Weymann: Die deutsche Arbeiterversicherung und ihre Reform durch die R.V.O. Frankfurt a. M. 1909.
8) Zahlreiche Artikel nach 1909 in den verschiedenen Zeitschr. für Versicherung und Sozialpolitik vgl. oben II Nr. 38. Besonders aufgeführt seien hier die Artikel der Zeitschr. f. die gesamte Versicherungswissenschaft. Berlin 1909/11.
Jahrgang 1909:
Stier-Somlo: Zur Kritik der R.V.O. S. 439ff. und 664ff.
v. Köbke: Heimarbeiter und Hausgewerbetreibende im Kranken- und Invalidenversicherungsgesetz. S. 566.
Jahrgang 1910:
Hahn: Die Frau in der R.V.O. S. 652ff.
Marschner: Die Mutterschaftsversicherung S. 432ff.
Schönwiese: Die freiwillige Zusatzversicherung nach der R.V.O. S. 552ff.
Stier-Somlo: Die Reichstagsvorlage der Reichsversicherungsordnung S. 423ff.

Lebenslauf.

Ich, Robert Alfred Erler, ev.-luth. Konfession, wurde am 9. Mai 1890 in Zwickau i. S. geboren. Meine erste Ausbildung erhielt ich auf der Bürgerschule und alsdann auf dem Realgymnasium meiner Vaterstadt. Nach gut bestandener Reifeprüfung zu Ostern 1910 widmete ich mich an der Kgl. Sächs. Technischen Hochschule zu Dresden 3 Semester und vom W.-S. 1911/12 ab an der Universität Leipzig vorwiegend dem Studium der Kameralia, Mathematik und Chemie. Besonderes Interesse brachte ich in den letzten Jahren, angeregt durch die Herren Professoren Stieda- sowie Ehrenberg-Leipzig, dem Studium der Versicherungswissenschaft entgegen. U. a. hielt ich auf Vorschlag des Herrn Geh. Hofrats Prof. Dr. Stieda im W.-S. 1912/13 im Volkswirtschaftlichen Seminar der Universität Leipzig einen Vortrag über die Fortschritte der Reichsversicherungsordnung, welches Referat die Grundlage der vorstehenden Abhandlung bildete.